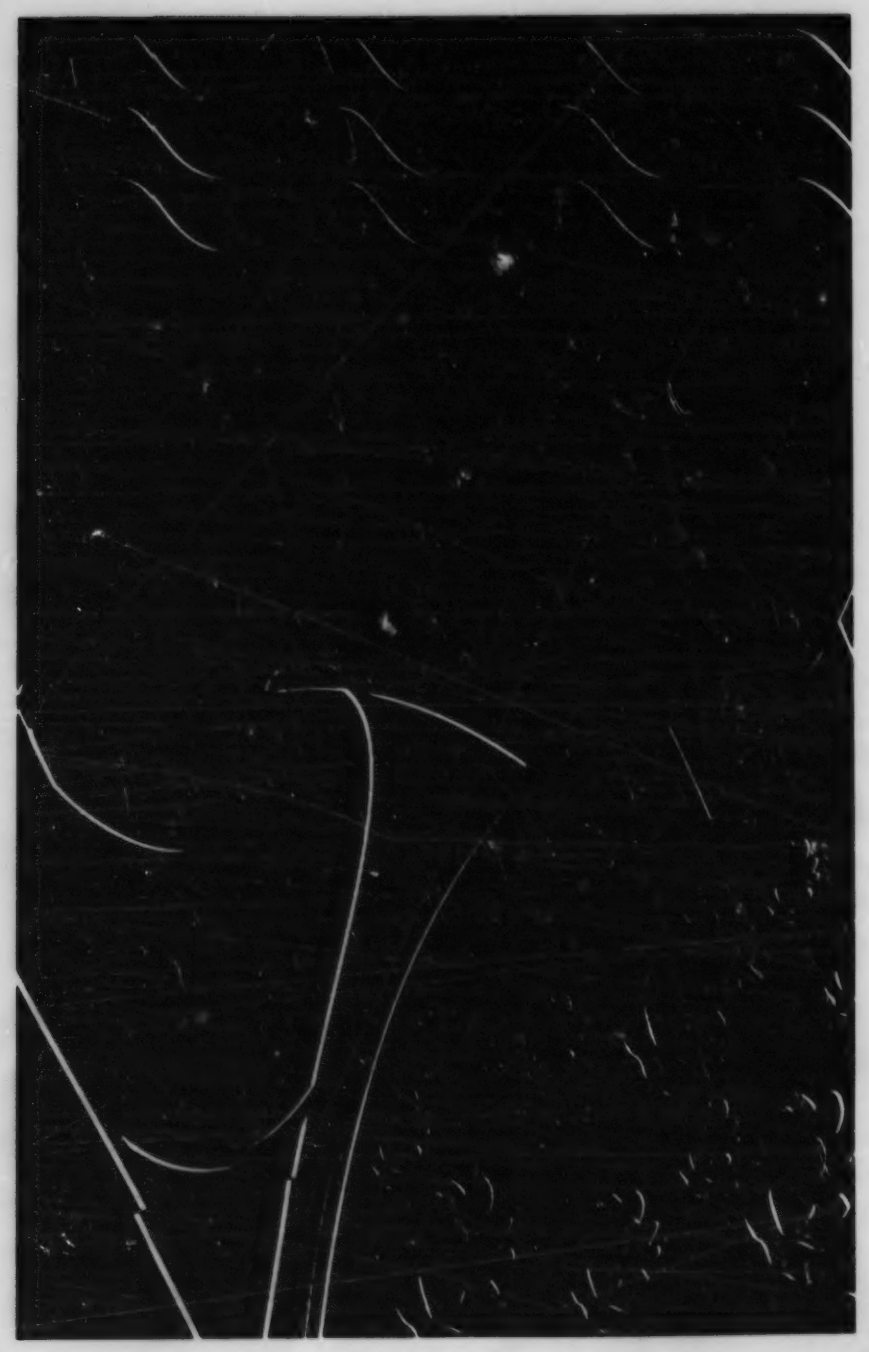
Talking Tools II

Putting Communication Skills to Work



Resource Booklet

A Three-Hour Interactive Course for Practising Physicians

Health Canada Santé Canada

Canada

Talking Tools II

Putting Communication Skills to Work

A Three-Hour Interactive Course for Practising Physicians

Resource Booklet

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.
Health Canada

Également disponible en français sous le titre :
Outils de communication II — La communication efficace … à votre service : Guide de ressources

Catalogue No.: H39-509/2001-2E
ISBN: 0-662-31171-X

For additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Tunney's Pasture (AL0900C2)
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax: (613) 941-5366
E-mail: Info@www.hc-sc.gc.ca
or access our Web site at: www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/breastcancer/publications.html

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001

102-06235/

Table of Contents

Acknowledgements ii
Foreword iii
Introduction v

1 **The Evidence** 1

2 **Conceptual Frameworks** 3

3 **Breaking It Down — The Skills** 7
1. Skill: Showing Empathy 7
2. Skill: Open and Closed Questions 8
3. Skill: Active Listening 8
4. Skill: Non-Verbal Cues 8
5. Skill: Timing 9
6. Skill: Silence 9
7. Skill: Summarizing 9
8. Skill: Plain Language 10
9. Skill: Clarifying Responsibilities 10
10. Skill: Action Planning 11
11. Skill: Checking with the Patient 11
12. Skill: Following the Patient's Lead 11

4 **Putting It All Together — Four Skill Sets** 13
A. Drawing Out the Patient 13
B. Handling Emotions 16
C. Sharing Decision Making 18
D. Getting Effective Closure 20

5 **Reinforcement and Development** 23

6 **References** 25

Acknowledgements

Members, Professional Education Strategy, Curriculum Working Group

Dr. Michel Talbot (Chair)*
Association des chirurgiens généraux du Québec

Ms. Elizabeth Horne
Canadian Breast Cancer Network

Ms. Suzanne Inhaber
Health Canada

Dr. André Jacques
Collège des médecins du Québec

Dr. Suzanne M. Kurtz
University of Calgary

Dr. Jean Parboosingh
Health Canada

Dr. Moira Stewart
University of Western Ontario

Ms. Elizabeth Whamond
Canadian Breast Cancer Network

*Members of the Curriculum Working Group gratefully acknowledge the contributions of the Chair, Dr. Michel Talbot.

Writing and design: Allium Consulting Group Inc. (Ottawa)

Foreword

Interest in effective patient-physician communication has grown enormously since the Canadian Breast Cancer Initiative (CBCI) published *Talking Tools I — Better Physician-Patient Communication for Better Patient Outcomes* in 1998. In fact, practising physicians, medical schools and patients across Canada are becoming more focused in their efforts to improve patient-physician relationships, and to adopt patient-centred practices.

Talking Tools II — Putting Communication Skills to Work represents a major step in the work of the Professional Education Committee of the CBCI, and in the development of the field of communication training and education for practising physicians. *Talking Tools II* includes two core elements: a ***Resource Booklet***, which presents evidence of the benefits of good communication as well as a detailed discussion of a dozen specific communication skills and how they may be used; and a ***Course Book***, which provides all the information and materials needed to run two separate, three-hour courses, each focusing on different communication skill sets. By providing a "hands-on" learning experience for practising physicians, *Talking Tools II* builds on the awareness-raising focus of *Talking Tools I.*

It is important to note that the development of the *Talking Tools* resources reflects the goal of the Professional Education Strategy, which is to provide physicians with a variety of resources on communication skills and techniques. By working together, we can ensure that physicians across Canada have the communication tools they need to do their job.

Sincere thanks to all members of the Curriculum Working Group. Your recognition of the importance of physician-patient communication issues is reflected in the many hours devoted to developing and reviewing *Talking Tools II.* Special thanks to both Suzanne Inhaber and Dr. Jean Parboosingh of Health Canada for their commitment and hard work in support of this project. I would also like to thank Allium Consulting Group Inc. (Ottawa) for writing and designing *Talking Tools II.*

Dr. Michel Talbot
Chair, Curriculum Working Group
Professional Education Strategy
Canadian Breast Cancer Initiative

Introduction

The medical interview is the most important clinical tool that physicians have at their disposal. Yet, up until recently, the medical profession has largely ignored the substantial impact of communication techniques and approaches on clinical outcomes, patient and physician satisfaction levels, and medical costs.

One of the major barriers to acceptance among physicians has been the belief that communication skills are innate — "you either have them, or you don't." However, a growing body of research has demonstrated that not only is physician-patient communication a core clinical skill, but also that these skills can be taught, learned and retained.

This resource booklet explores the "whys" and "hows" of improving physician communication skills. Intended to be used by physicians as a stand-alone resource, but preferably as part of a facilitated training program, the booklet includes:

- an overview of research supporting the effects of good patient-physician communication on patient outcomes and satisfaction, and on physician satisfaction;
- an overview of two conceptual frameworks for patient-physician communication;
- a "working" explanation of 12 key communication skills;
- a review of four "skill sets" which can be used by physicians to move successfully through the main stages of an interview — including a summary of relevant research, some tips for putting the skill sets into practice and case study examples of how physicians can use them for better clinical results; and
- some suggestions for how physicians can monitor and assess their progress in putting effective communication techniques to work.

1

The Evidence

A substantial body of research supports the view that communication is an essential clinical skill and that the patient-physician interview is one of the most powerful tools available to physicians. The sheer volume of consultations physicians undertake in a professional lifetime (some 200,000) underscores the importance of "getting it right."

There are currently more than 7,500 articles on physician-patient communication listed in the Index Medicus and the Social Science Citation Index. Not only has the "quantity" of research increased in recent years, quality has improved, as well. The use of more sophisticated research designs and the development of audio, film and video technology has enhanced the credibility of communication research.

Overall, research and practice in the area of physician-patient interaction demonstrate that:

- there are major problems in communication between physicians and patients
- communication is a core clinical skill — it can improve patient satisfaction and health outcomes
- communication can have a positive impact on physician satisfaction
- communication can enhance efficiency and save time
- communication skills can be learned and retained; while personality and personal style may give you a head start, everyone can improve

Yes, there is a problem

- More than 54% of all patient complaints and 45% of patient concerns are not brought out by physicians.
- In 50% of visits, patient and physician do not agree on the nature of the problem.
- On average, physicians interrupt patients 18 seconds into the patient's description of the problem; and once interrupted, patients are unlikely to raise additional concerns.
- Most malpractice suits are due to communication errors, not competency errors — patients whose autonomy and means of expression are severely limited by the demands of time and a physician-directed, narrowly focused interviewing style are less satisfied and more likely to bring suit.
- Patients' most common complaint is lack of information from their physicians; 83% of people believe in patients' right to information.

Communication can improve patient outcomes

- Randomized controlled trials demonstrate that patients with diabetes, hypertension and ulcer disease who are trained to be more assertive in physician interviews have significant reductions in glycosolated hemoglobin, blood pressure and functional limitations from ulcer disease.
- Patients' perceptions that they had been listened to fully and completely by the physician were the single variable most highly associated with relief of chronic headache symptoms.

- Interviewing style in assessing and educating patients about compliance affects the accuracy of information and the potential for miscommunication — and therefore noncompliance.
- The style of delivering news to patients may determine the acceptability of a diagnosis or recommendation.
- 16 of 21 studies showed positive, significant relationships between communication and patient health outcomes.

Communication affects patient satisfaction

- A patient-centered interviewing style has a strong positive effect on patient satisfaction.
- Communication skills, such as meeting expectations, giving information, and talking about distressing problems, are related to patient satisfaction.
- Including certain communication behaviours (education, stress counselling, negotiation) during visits with primary care patients predicated patient satisfaction whereas technical interventions (examination, tests, medications) did not.

Communication affects physician satisfaction

- A review of 17 studies on physician satisfaction shows that the majority of physician dissatisfaction stems from one-to-one communication with patients.
- Communication skills of meeting expectations, giving information and talking about distressing problems are related to physician satisfaction.
- Physicians' overall satisfaction was most closely related to the patient-physician relationship.

It doesn't take any longer

- Physicians who are sensitive to and explore patients' emotional concerns take a mean of one minute longer to complete visits than physicians who do not.
- There was no increase in the length of the interview in primary care following training in the skills of "problem-defining and emotion-handling."
- Physicians who used more appropriate communication skills and involved their patients more actively in their own care did not have longer interviews than their colleagues.

Communication skills can be taught, learned and retained

- Medical students who learned key interviewing skills were diagnostically more efficient and effective in interviewing patients.
- Training internal medical residents and staff physicians to use more appropriate interviewing skills led to significant improvements in the information-gathering process.
- An eight-hour communication course improved primary care physicians' detection and management of psychosocial problems and reduced patients' emotional distress.
- Improvement in the interviewing skills of established general practitioners following an interview training course was maintained over a two-year period.
- Practice and feedback are the only ways of actually learning the skills; feedback may come from "inside" (e.g., critical review) or "outside" (e.g., patient feedback).

2 Conceptual Frameworks

A framework helps to structure communication learning in much the same way physicians use schema in clinical decision making: by helping to access and apply knowledge or skills systematically, by aiding recall, and by imposing coherence and order on what would otherwise be random pieces of information.

Researchers have proposed a variety of frameworks which attempt to broaden the conventional medical approach to include psychosocial aspects of the patient-physician interaction. Following is a brief overview of two conceptual models that have been developed by leading Canadian academics specializing in clinical communication. Both frameworks propose a structure for unifying research, practice and teaching in the field.

The two models presented here are based heavily on the work of two Canadian academics, Dr. Moira Stewart, University of Western Ontario (Patient-Centred Model), and Dr. Suzanne Kurtz, University of Calgary (Calgary-Cambridge Observation Guide).

References for a sampling of other proposed frameworks are also provided below.

Clinical Practice Guidelines

In November 1993, the National Forum on Breast Cancer identified a need for better definition of the limits within which treatment decisions should vary. The Forum also highlighted the need for patients with breast cancer to be empowered to make their own decisions as much as possible.

Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer (Supplement to Canadian Medical Association Journal (CMAJ) 1998; 158 (3 Suppl.), Health Canada and Canadian Medical Association) provides health care practitioners and patients with guidelines for the treatment of breast cancer patients. Released in February 1998, the Guidelines are unique in that they have been simultaneously produced in two documents, one as a lay document for women and their families, and the other as a technical document for health care professionals.

The Guidelines reflect a wide consensus about the range of treatment options considered acceptable according to current evidence. They address 10 elements of the care and treatment process, and are intended to enlighten the discussions between patients and physicians during the decision-making process.

Patient-Centred Model

Developed and refined over the past 30 years, the patient-centred model integrates the conventional understanding of disease (medical model) with each patient's unique experience of illness. The traditional notion of the professional being in charge and the patient being passive does not hold in this model. "To be patient-centred, the practitioner must be able to empower the patient, to share the power in the relationship."

The patient-centred model consists of six interconnecting components. The first three components address the process between patient and doctor. The second three components shift the focus to the context of the patient-physician interaction. Ideally, the physician moves among these six components, in response to cues received from the patient. The six components of the patient-centred model are briefly described below.

❶ Exploring both the disease and the illness experience

Effective patient care requires attending as much to patients' personal experiences of illness as to their diseases. The patient-centred method focuses on disease and on four principal dimensions of patients' illness experiences: a) their ideas about what is wrong with them; b) their feelings, especially fears about being ill; c) the impact of their problems on functioning; and d) their expectations about what should be done.

❷ Understanding the whole person

Over time, physicians come to know the context of the patient's life, including family, work, beliefs and life crises. Understanding the whole person can enhance the physician's interaction with the patient — especially when the symptoms do not point to a specific illness. It can also help to deepen the doctor's knowledge of the human condition, especially the nature of suffering.

❸ Finding common ground regarding management

Patients and physicians often have widely divergent views about the nature of the problems and priorities; the goals of treatment; and the roles of the doctor and the patient. Finding common ground involves the physician in incorporating patients' ideas, feelings, expectations and function into treatment planning.

❹ Incorporating prevention and health promotion

This task requires that continuing and comprehensive care be the underlying philosophy of the physician's practice. Within a supportive process, physicians and patients together monitor areas in patients' lives that need strengthening in the interests of long-term emotional and physical health.

❺ Enhancing the patient-doctor relationship

At every visit, physicians strive to build an effective long-term relationship with each patient as a foundation for their work together. They can then use this relationship to help mobilize the strengths of the patient for healing.

❻ Being realistic

Doctors must be able to manage their time effectively, developing skills of priority-setting, resource allocation and teamwork. They must also respect their own limits of emotional energy and not expect too much of themselves.

Calgary-Cambridge Observation Guide

The Calgary-Cambridge Observation Guide uses a simple five-point plan to structure individual communication skills. Based on a sequence of basic tasks that physicians and patients routinely attempt to accomplish in everyday clinical practice, the plan provides a logical organizational schema for both patient-physician interactions and communication skill education. As indicated, each of these five tasks include an expanded framework of skill sets which provide further detail about the goals to be achieved.

Each of the skill sets is further subdivided into individual skills. In all, the framework includes a total of 70 individual skills, each of which is conceptually linked to a skill set and to the functions performed by physicians as part of the logical sequence of a clinical interview session.

In addition to extensive research evidence, the authors cite three immediate **goals** and five **principles** of communication which influenced the selection of individual skills to be included in the framework. Together, they provide a simple and coherent theoretical foundation for the observation guide and for the development of communication curricula in general.

1 Initiating the session
- establishing initial rapport
- identifying the reason(s) for the consultation

2 Gathering information
- exploration of problems
- understanding the patient's perspective
- providing structure to the consultation

3 Building the relationship
- developing rapport
- involving the patient

4 Explanation and planning
- providing the correct amount and type of information
- aiding accurate recall and understanding
- achieving a shared understanding: incorporating the patient's perspective
- planning: shared decision making
- options in explanation and planning
  - — if discussing opinion and significance of problem
  - — if negotiating mutual plan of action
  - — if discussing investigations and procedures

5 Closing the session

Goals of Medical Communication

The three immediate goals that physicians attempt to achieve whenever they talk to patients are:

1. Accuracy
2. Efficiency
3. Supportiveness

Effective communication provides the means of accomplishing these goals.

Principles that Characterize Effective Communication

1. Ensures an interaction rather than a direct transmission process.
2. Reduces unnecessary uncertainty.
3. Requires planning and thinking in terms of outcomes.
4. Demonstrates dynamism.
5. Follows the helical model.

Other Models

Other approaches to patient-doctor communication include:

- biopsychosocial model
- three-function model
- family systems approach to patient care
- physician self-awareness

As Stewart et al. (1995) have observed, many of these models "are similar in their attempt to broaden the conventional medical approach to include psychosocial issues, the family and the physician, but they differ in the level at which they work." Some are conceptual models which do not include implementation methods, others focus on methods without a well-developed framework.

3

Breaking It Down — The Skills

The key to learning a complicated skill set — whether it's playing tennis, driving a car or communicating with patients — is to break it down into discrete elements. The process involves identifying individual skills, practising their components and putting them back together into a seamless whole.

Following is a brief overview of 12 selected communication skills, presented in random order.

1 Skill Showing Empathy

Empathy shows one person's appreciation, understanding and acceptance of someone else's emotional situation. In the patient-physician relationship, empathy allows both parties to develop a shared understanding of the illness experience. Demonstrating empathy requires that the physician identify a patient's emotional state accurately and acknowledge it. By doing so, the physician indicates that the patient has been truly heard, that the patient's emotions are acceptable, and that the physician is touched by the patient's experience.

Cohen-Cole and Bird (1991) identified five types of empathic responses:

- reflection — "I can see that you are ..."
- legitimation — "I can understand why you feel ..."
- support — "I want to help."
- partnership — "Let's work together."
- respect — "You're doing great."

Empathy can be expressed verbally or non-verbally. For example:

Be Yourself!

Knowing what skills are effective in certain situations isn't enough. You need to practise, trying out phrases and behaviours that fit with your own personality and style. Through a process of repeated practice and feedback, you learn to put your own stamp on each skill.

Verbal

- "I really feel bad for you."
- "That must be very difficult for you to cope with."
- "You seem (sad, angry, stressed) today."
- "This can't be an easy time for you."
- "We'll work together to get through this."
- "Please call me anytime." (If you say this, be sure that you can make yourself available.)

Non-Verbal

- using a sad or sympathetic tone of voice
- expressing concern through your facial expression
- touching a patient's hand

2 Skill Open and Closed Questions

The way in which physicians phrase questions plays a central role in the quality and quantity of information they obtain from their patients. Most physicians tend to control the interview and, by doing so, impose limits on the patient's responses. While this is appropriate in some circumstances, it does not always achieve the desired end. Using different questioning techniques — such as "open" questions — encourages patients to go into more depth with their answers and helps to elicit information that is crucial to diagnosis and treatment. Kurtz et al. (1998) outline the use of open-ended questions.

One general strategy is to begin the interview with open questions (to get a picture of the problem from the patient's perspective), then to focus the questioning by using increasingly specific though still open questions, and finally using closed questions to obtain additional details that the patient may have omitted.

Open questions and statements introduce an area of inquiry without limiting the response. They suggest to the patient that some elaboration is both appropriate and welcome — for example, "Can you tell me about any pain you're feeling?" "Tell me more about that pain you've been feeling."

More specific but still open questions sharpen the focus, but allow the patient some leeway in answering — for example, "What makes the pain worse or better?"

Closed questions and statements limit the response to a narrow field set by the questioner — usually a "yes" or "no," or a few words — for example, "Are you feeling any pain in your left arm?" "Have you been taking your medication?"

3 Skill Active Listening

Active listening is not just "sitting and doing nothing." It is the sincere attempt to understand what is being communicated. Active listening involves:

- being prepared to listen (i.e., not rushing the patient because of other commitments)
- listening to verbal and non-verbal cues (body language)
- listening in an understanding and supportive way, for example:
  - verbal facilitation: "um," "yes," "go on," "ah ha"
  - non-verbal facilitation: position, posture, eye contact, affect, facial expression, animation
  - wait time: pausing before asking follow-up questions
- respecting the sender
- clarifying the sender's message ("What I hear you saying is ... Is that right?")

4 Skill Non-Verbal Cues

Picking up patients' non-verbal cues and decoding them are essential to understanding patients' emotions and feelings. While patients may not comment verbally on their distress, they may indicate it in their body language. Watch for signs of distress such as:

- avoiding eye contact
- fidgeting
- shifting around in the chair
- holding the body tensely

Don't just assume that you've interpreted a patient's body language correctly. Check it out with them to see if you're right. Take into consideration that there may be cultural issues to consider — for example, in some cultures, it is considered impolite to look someone directly in the eye.

Remember that body language is a two-way street and that patients pick up physicians' non-verbal cues as well. "Good" body language invites communication — for example:

- leaning in to listen to the patient
- maintaining eye contact and attention
- nodding your head

"Distracting" non-verbal cues inhibit communication — for example:

- fidgeting, tapping your pen
- looking at your watch or the clock
- avoiding eye contact

5 Skill Timing

Controlling the rate and amount of information shared is a mistake commonly made by physicians in communicating with patients. By interrupting patients and demonstrating impatience (both verbally and non-verbally), physicians may miss essential information, endanger the "partnership" relationship and even waste time over the long run. Keep in mind the following:

- prepare adequately for the interview by reviewing the patient's chart, history
- announce to the patient how much time is scheduled — this permits patients to decide how much and what information they want to share in the time available
- establish priorities with the patient if there are several issues he/she wishes to discuss
- tell the patient directly when you are under extreme time pressures, and share the reasons for that pressure (e.g., emergency case, late arrivals, etc.)
- schedule another appointment if there is not sufficient time to discuss everything adequately

6 Skill Silence

Because physicians are often under considerable time pressure, they may feel the need to keep the interview moving. However, the use of silence is a helpful communication technique in eliciting the full range of patient concerns. More than just a listening device, it allows patients to take their own time in discussing a problem and leaves them "space" to think. A brief silence or pause encourages the patient to say more; longer periods of silence are appropriate if the patient is having difficulty in expressing him/herself or is becoming emotional. Physicians should be aware that there is "a delicate balance between comfortable and uncomfortable silence, between encouraging communication and interfering with it by creating uncertainty and anxiety." It is therefore important to be attentive to the patient's non-verbal cues.

7 Skill Summarizing

Summarizing what the patient has said is a useful tool for checking if you have an accurate understanding of the patient's perspective. Summarizing involves encapsulating what the patient has said, then inviting him/her to correct your interpretation and to provide further, clarifying information. **Internal summarizing** focuses on a specific part of the interview — it should be used periodically throughout the session to ensure that information has been interpreted accurately. **End summarizing** pulls together the entire interview. Without summarizing to check for completeness and accuracy, physicians must rely on conjecture and assumption, and are susceptible to the distortion/misinterpretation inherent in all communication.

The advantages of summarizing include:

- demonstrates that you have been listening attentively
- demonstrates your interest both in the patient's disease and in her/his "illness framework"
- gives the patient the opportunity to explain further
- ensures accurate information gathering
- permits you to organize your thoughts

Example

Physician: "Let me see if I've got this right. About two months ago, you started getting severe headaches once or twice a week. The headaches would only last about an hour if you took over-the-counter painkillers immediately; otherwise they would last three or four hours. You're now getting the headaches more frequently — three or four times a week — and the painkillers don't seem to work anymore. Is that right?"

Patient: "Yes, and I can't afford to be away from work right now. This is our busiest time of the year and I'm afraid my business will go under if I'm not there."

8 Skill Plain Language

Many physicians forget that "the outside world" doesn't speak the same language as they do. While some medical jargon has come into common parlance, much of it is still mystifying to the average consumer. Often, patients are unwilling to tell the physician that they don't understand, and will leave the consultation with unanswered questions or misinformation. Using concise, easily understood questions and comments, without jargon, is essential to good communication. Plain language helps to ensure that patients understand their treatment plan and what they must do to comply with it.

9 Skill Clarifying Responsibilities

It is important that physician and patient clarify from the outset what their individual roles and responsibilities are in the patient-physician partnership. Since patients will have differing perspectives about how active a role they want to take, and since a patient's perspective may change over time, part of the physician's job will be to determine individual expectations. Physicians can accomplish this by:

- providing opportunities and encouraging the patient to contribute their ideas, suggestions, preferences and beliefs
- offering the patient choices and encouraging him/her to make decisions to the level they wish
- assigning tasks (e.g., further research, consultation with other professionals, lifestyle changes, medication)
- checking with the patient to see if the allocation of tasks is appropriate

10 Skill Action Planning

This involves negotiating a mutual plan of action for addressing the patient's health concerns. For the physician, action planning involves:

- providing clear information about the available options for action or treatment
- eliciting the patient's ideas, understanding, concerns, perceived barriers
- encouraging the patient's involvement in making choices
- taking into account the patient's context (e.g., lifestyle, beliefs, cultural background) and support systems
- checking with the patient to see if the plan is understood and agreeable

11 Skill Checking with the Patient

Much of the misunderstanding in communication comes from assuming that the other person understands what you're saying. However, in many cases, factors such as emotion, and differences in cultural background and education, can blur the message as it passes from "giver" to "receiver." One of the tools physicians can use to determine whether the patient's message has been received correctly is to check frequently with the patient. For example:

- "What I hear you saying is ... Is that correct?"
- "You seem to be saying ... Do I have it right?"
- "If I understand you correctly, ... Do you agree?"

12 Skill Following the Patient's Lead

The skill of following the leader involves allowing the patient to lead the interview, and probing for more information as issues arise. As with other skills such as silence, follow the leader is often difficult for physicians who are used to taking control of the interview. However, when used appropriately, this skill can actually save time by allowing the full range of patients' concerns to be elicited and priority concerns and expectations to be identified.

Example

Patient: "I'm having some pain in my right leg."

Physician: "I see. Can you tell me a little more about the pain?"

Patient: "Well, it's not there all the time, it sort of comes and goes."

Physician: "Can you be more specific about when it's worse or better?"

Patient: "I can't really say, but that's not what I'm most worried about, anyway."

Physician: "Really? Can you tell me about your main concern?"

4 Putting It All Together — Four Skill Sets

Managing physician-patient communication effectively involves more than just applying individual skills in isolation. Through ongoing practice and self-assessment, physicians learn how to link skills together to meet the specific requirements of each interview. Following is an overview of four major "skill sets" — including why they're important, the supporting research, some "how to's," and a case study example illustrating how to put these skills into practice.

A. Drawing Out the Patient

Why Do It?

Skill Sets

- A. Drawing out the patient
- B. Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

"If physicians are from Mars and patients are from Venus, the missing link is that the logic of clinical decision-making and the patient's experience of illness often do not coincide. The result is that the clinician often elicits the facts but misses the story."

Patients can be ill but have no disease. Consider, for example, the recently bereaved patient complaining of lethargy, insomnia, migraines; or the child with problems at school leading to abdominal pain. A patient-centred approach expands the physician's agenda to take into account both the "disease" (physician's agenda) and the "illness" (patient's agenda). Studies of patient satisfaction, adherence, recall and physiological outcome all support the need for a broader view of history-taking that includes the patient's point of view as well as the physician's biological perspective.

Most physicians assume that a patient is seeking medical advice and care because of a single, primary complaint — and that this complaint will be the first one voiced. Much of the research does not support this assumption. As Frankel (1994, p. 5) observes, "Serial order is not related to the clinical importance of patient concerns and is not a reliable guide to their importance from the patient's perspective."

And just because patients share a variety of concerns with their physician does not mean they want them all acted on. Anecdotal experience suggests that as many as one out of every three problems that a patient brings up involves a desire to be heard by the physician, not to have her/him take clinical action.

"Illness" and "Disease"

Physicians need to explore both disease and illness to determine all the relevant information.

"Disease" — the biomedical cause of sickness; the physician's traditional and central agenda

"Illness" — the patient's unique experience of sickness, including feelings, thoughts, concerns and effect on other aspects of life

Eliciting the full range of relevant information from a patient helps the physician to make a more accurate diagnosis and more appropriate treatment plans. It also encourages the patient to cooperate in the treatment effort.

Some "How To's"

The process of eliciting information from the patient involves establishing their feelings, ideas, function and expectations, then establishing the personal and cultural context.

- Start the patient off by inviting her/him to tell the story of the problem from when it first started up until now
  — for example, "Tell me all about it from the beginning."

Using silence

- Use "continuers" to elicit additional concerns and feelings
  — for example, "Mmh hmn," "I see," "I understand."
- Wait for the patient to continue describing her/his concerns before asking another question.

- Determine with the patient what the most pressing problem is and negotiate to defer non-essential concerns to a later visit.

Timing

- Ask questions that will help to draw out how a problem is affecting the patient's day-to-day functioning.
- Ask the patient for her/his ideas about what is causing the problem. This can help to reduce the potential for miscommunication and misunderstanding
  — for example,"What do you think brought this on?"
- Determine patients' expectations about the kind of care they should receive. Because patients come with their own expectations about how these problems should be dealt with, your recommendations may not be followed because the patient disagrees with them or wasn't really interested in them in the first place.

Using open questioning style

- "What do you want me to do in order to help?"
- Find out about the patient's personal and cultural context. The actions and actors participating in a patient's experience of illness — the patient's perspective — can help you to hone in on a clinical decision — more quickly, less expensively and with minimum frustration for both parties
  — for example, "What else is going on in your life right now?"

- Summarize what you understand to be the patient's key concerns and expectations about what is causing the problem and what should be done about it. Invite the patient to add additional relevant information and/or correct anything that you have said.

Summarizing

Eliciting the full range of relevant information from a patient helps the physician to make a more accurate diagnosis and more appropriate treatment plans. It also encourages the patient to cooperate in the treatment effort.

Some "How To's"

The process of eliciting information from the patient involves establishing their feelings, ideas, function and expectations, then establishing the personal and cultural context.

Using silence

- Start the patient off by inviting her/him to tell the story of the problem from when it first started up until now
  — for example, "Tell me all about it from the beginning."
- Use "continuers" to elicit additional concerns and feelings
  — for example, "Mmh hmn," "I see," "I understand."
- Wait for the patient to continue describing her/his concerns before asking another question.

Timing

- Determine with the patient what the most pressing problem is and negotiate to defer non-essential concerns to a later visit.

Using open questioning style

- Ask questions that will help to draw out how a problem is affecting the patient's day-to-day functioning.
- Ask the patient for her/his ideas about what is causing the problem. This can help to reduce the potential for miscommunication and misunderstanding
  — for example, "What do you think brought this on?"
- Determine patients' expectations about the kind of care they should receive. Because patients come with their own expectations about how these problems should be dealt with, your recommendations may not be followed because the patient disagrees with them or wasn't really interested in them in the first place.
- "What do you want me to do in order to help?"
- Find out about the patient's personal and cultural context. The actions and actors participating in a patient's experience of illness — the patient's perspective — can help you to hone in on a clinical decision — more quickly, less expensively and with minimum frustration for both parties
  — for example, "What else is going on in your life right now?"

Summarizing

- Summarize what you understand to be the patient's key concerns and expectations about what is causing the problem and what should be done about it. Invite the patient to add additional relevant information and/or correct anything that you have said.

A Case in Point

Physician: Hello, Mrs. Wright. What brings you here today?

Patient: Well, I'm having some trouble with the medication you gave me for my arthritis.

Physician: Mm-hm.

Patient: Yes, well, I'm not sleeping very well. I'm sure it's got something to do with the medication. Maybe I shouldn't be taking so much or maybe I should be taking something different.

Physician: Okay, let's talk about that. But first, is there anything else bothering you? Are you having any other problems physically? Or are there any special stresses in your life right now?

Patient: Well, actually, there is something else.

Physician: Go on. Tell me more.

Patient: I'm sure it's nothing important.

Physician: (Silence)

Patient: I have a small lump in my breast.

Physician: I see.

Patient: I'm sure it's nothing, but it is causing me a little bit of worry from time to time.

Physician: Yes, I can see that you're concerned about it. Why don't we talk some more about this and then we'll see what we can do about your medication.

The Research

Following is a sampling of research on "drawing out the patient."

- Organic disease fails to explain many patients' problems: in 50% of cases in which patients presented to general practitioners with chest pain, the cause was unproven after six months' follow-up.
- When patient and physician agree on the nature of the problem and the proposed solution (i.e., diagnosis and treatment), the outcome is enhanced.
- 40% to 80% of patients who receive recommendations do not follow them; in many cases, the recommendation may not fit the question, need, or priority the patient brings to the encounter.
- Eliciting patients' beliefs about their illness is key to enabling patients to understand and recall information.
- Undiscovered discordance between the health beliefs of patients and physicians can lead to problems in patient satisfaction, adherence, management and outcome.
- The amount of information elicited by physicians is related to the appropriate use of open and closed questions; open questions prompt the revelation of substantially more relevant information than closed questions.

B. Handling Emotions

Skill Sets

A. Drawing out the patient

B. Handling emotions

C. Sharing decision making

D. Getting effective closure

Why Do It?

The link between physician empathy and support, and patient satisfaction has been cited frequently in the literature on patient-physician communication. Researchers have also begun to see a relationship between what patients interpret as lack of caring on the part of physicians and the decision to litigate for malpractice. In addition, many studies have identified significant associations between the degree of empathy expressed by the physician and the patient's adherence to treatment advice.

Given the convincing evidence that building positive therapeutic relationships makes a difference in the process and outcome of care, why do many physicians find it so difficult to deal with patients' feelings? Spiro (1992) suggests that up until now, medicine has been driven by the image and value of clinical detachment and neutrality, while empathy is based on passion and relationship, joy and sorrow, and the experience of being in the world.

Some "How To's"

➤ **Show that you are receptive to patients' emotions, that it is "OK" for them to bring up and discuss difficult emotional issues. One way to accomplish this is by asking about patients' feelings, for example:**

Using open questioning style

- **— "How are you feeling about that?"**
- **— "What is your biggest worry in all this?"**
- **— "Are things at home or at work bothering you?"**

➤ **Watch for and recognize the signs of emotional distress in patients. This means staying attuned to both verbal and non-verbal cues, watching for discrepancies between what is said and how it is said, and being sensitive to what is not said. Consider, for example, the patient who says she is feeling fine but nervously clutches her handbag during the interview, or the patient who avoids eye contact and does not mention anything about his wife when asked how things are going at home. Suchman et al. (1996) suggest that often patients will use "neutral statements" as trial balloons to test whether it is safe to talk about emotion. For example, "I haven't seen too much of my husband lately. He's been very busy with work."**

Body language

➤ **Listen more, talk less. Because physicians are trained to be efficient about their time and to actively solicit information from their patients, it is sometimes difficult for them to listen. The use of active listening techniques often encourages patients to express their emotions. Active listening may involve, for example:**

Active listening

- **— nodding the head**
- **— saying "mm-hmm," "I see," "go on"**
- **— facing the patient directly**
- **— maintaining eye contact**
- **— sitting close to the patient**

➤ **Respond immediately to verbal and non-verbal cues that indicate distress. It is important to "seize the moment" and not let emotional issues go unaddressed. Branch and Malik (1993) refer to the decision to pursue the expression of emotion as a "window of opportunity." Given the signal to proceed from the physician, patients will generally express their feelings at this point.**

Timing

- **Validate the patient's feelings. Patients often need to be reassured that their feelings are acceptable and normal. Indicate that these kinds of feelings are to be expected under the circumstances and that there is nothing inappropriate in feeling or expressing them. For example, try using one of the following phrases:**

  Showing Empathy

  - **— "It would be surprising if you didn't feel angry or frightened after hearing that diagnosis."**
  - **— "I understand completely. Most people in similar circumstances would react just as you are."**
  - **— "Your reaction is absolutely normal."**

- **Give and ask for feedback. For example:**
  - **— "It sounds like you're feeling ... Is that right?"**
  - **— "It seems like you're saying ... Does that sound about right?"**

  Checking with the patient

- **Show partnership and support to reinforce that you are "on the patient's side" and will help her/him through the medical problems.**
  - **— "We'll work together to decide what the best course of treatment is."**
  - **— "I'm available anytime if you have questions or concerns."**

A Case in Point

A 47-year-old woman sees her physician about a breast lump. Recognizing the woman's extreme agitation and reluctance to move forward for more tests, the physician provides both non-verbal and verbal cues that she would like to know more about how the patient is feeling. By expressing openness, empathy and support, the physician creates a safe and comfortable atmosphere that encourages the patient to express her feelings and apprehensions. The physician is able to determine the primary source of the woman's fears — that she will require a radical mastectomy and that her new husband will not be able to deal with her disfigurement.

Once these fears are out in the open, the physician is able to address the patient's concerns directly, to provide support and suggest some possible ways of addressing the situation. For example, the physician and the patient may decide that it would be best to include the husband in all stages of diagnosis and decision making about treatment options.

Had the physician not demonstrated empathy and a willingness to listen and understand the patient's emotional concerns, it is unlikely that the patient would have been willing to express her fears openly. In this situation, the result might well have been uncertain or delayed treatment, and substantially increased trauma for the patient.

The Research

Research demonstrates the important influence of physician empathy and support in patient outcomes and satisfaction.

- A classic study of cross-cultural patterns of facial expression showed that Americans were significantly less successful in detecting anger than Brazilians, Chileans, Argentineans and Japanese.
- In a survey of American physicians, half said angry or hostile patients were the most difficult to deal with and more than two thirds believed that medical school did not adequately prepare them for dealing with emotional problems of patients.
- Practitioner empathy and support positively affect patient satisfaction and reduction in concerns.
- Patient dissatisfaction and the perceived absence of caring on the part of physicians led to letters of complaint.
- There is a relationship between physician empathy and malpractice suits.
- Major reviews of the literature found significant relationships between empathy and adherence to treatment advice.

B. Handling Emotions

Skill Sets

- A. Drawing out the patient
- B Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

Why Do It?

The link between physician empathy and support, and patient satisfaction has been cited frequently in the literature on patient-physician communication. Researchers have also begun to see a relationship between what patients interpret as lack of caring on the part of physicians and the decision to litigate for malpractice. In addition, many studies have identified significant associations between the degree of empathy expressed by the physician and the patient's adherence to treatment advice.

Given the convincing evidence that building positive therapeutic relationships makes a difference in the process and outcome of care, why do many physicians find it so difficult to deal with patients' feelings? Spiro (1992) suggests that up until now, medicine has been driven by the image and value of clinical detachment and neutrality, while empathy is based on passion and relationship, joy and sorrow, and the experience of being in the world.

Some "How To's"

- Show that you are receptive to patients' emotions, that it is "OK" for them to bring up and discuss difficult emotional issues. One way to accomplish this is by asking about patients' feelings, for example:
  - "How are you feeling about that?"
  - "What is your biggest worry in all this?"
  - "Are things at home or at work bothering you?"

Using open questioning style

- Watch for and recognize the signs of emotional distress in patients. This means staying attuned to both verbal and non-verbal cues, watching for discrepancies between what is said and how it is said, and being sensitive to what is not said. Consider, for example, the patient who says she is feeling fine but nervously clutches her handbag during the interview, or the patient who avoids eye contact and does not mention anything about his wife when asked how things are going at home. Suchman et al. (1996) suggest that often patients will use "neutral statements" as trial balloons to test whether it is safe to talk about emotion. For example, "I haven't seen too much of my husband lately. He's been very busy with work."

Body language

- Listen more, talk less. Because physicians are trained to be efficient about their time and to actively solicit information from their patients, it is sometimes difficult for them to listen. The use of active listening techniques often encourages patients to express their emotions. Active listening may involve, for example:
  - nodding the head
  - saying "mm-hmm," "I see," "go on"
  - facing the patient directly
  - maintaining eye contact
  - sitting close to the patient

Active listening

- Respond immediately to verbal and non-verbal cues that indicate distress. It is important to "seize the moment" and not let emotional issues go unaddressed. Branch and Malik (1993) refer to the decision to pursue the expression of emotion as a "window of opportunity." Given the signal to proceed from the physician, patients will generally express their feelings at this point.

Timing

- **Validate the patient's feelings. Patients often need to be reassured that their feelings are acceptable and normal. Indicate that these kinds of feelings are to be expected under the circumstances and that there is nothing inappropriate in feeling or expressing them. For example, try using one of the following phrases:**
  - **— "It would be surprising if you didn't feel angry or frightened after hearing that diagnosis."**
  - **— "I understand completely. Most people in similar circumstances would react just as you are."**
  - **— "Your reaction is absolutely normal."**

Showing Empathy

- **Give and ask for feedback. For example:**
  - **— "It sounds like you're feeling ... Is that right?"**
  - **— "It seems like you're saying ... Does that sound about right?"**
- **Show partnership and support to reinforce that you are "on the patient's side" and will help her/him through the medical problems.**
  - **— "We'll work together to decide what the best course of treatment is."**
  - **— "I'm available anytime if you have questions or concerns."**

Checking with the patient

A Case in Point

A 47-year-old woman sees her physician about a breast lump. Recognizing the woman's extreme agitation and reluctance to move forward for more tests, the physician provides both non-verbal and verbal cues that she would like to know more about how the patient is feeling. By expressing openness, empathy and support, the physician creates a safe and comfortable atmosphere that encourages the patient to express her feelings and apprehensions. The physician is able to determine the primary source of the woman's fears — that she will require a radical mastectomy and that her new husband will not be able to deal with her disfigurement.

Once these fears are out in the open, the physician is able to address the patient's concerns directly, to provide support and suggest some possible ways of addressing the situation. For example, the physician and the patient may decide that it would be best to include the husband in all stages of diagnosis and decision making about treatment options.

Had the physician not demonstrated empathy and a willingness to listen and understand the patient's emotional concerns, it is unlikely that the patient would have been willing to express her fears openly. In this situation, the result might well have been uncertain or delayed treatment, and substantially increased trauma for the patient.

The Research

Research demonstrates the important influence of physician empathy and support in patient outcomes and satisfaction.

- A classic study of cross-cultural patterns of facial expression showed that Americans were significantly less successful in detecting anger than Brazilians, Chileans, Argentineans and Japanese.
- In a survey of American physicians, half said angry or hostile patients were the most difficult to deal with and more than two thirds believed that medical school did not adequately prepare them for dealing with emotional problems of patients.
- Practitioner empathy and support positively affect patient satisfaction and reduction in concerns.
- Patient dissatisfaction and the perceived absence of caring on the part of physicians led to letters of complaint.
- There is a relationship between physician empathy and malpractice suits.
- Major reviews of the literature found significant relationships between empathy and adherence to treatment advice.

C. Sharing Decision Making

Skill Sets
- A. Drawing out the patient
- B. Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

Why Do It?

By allowing patients to understand the decision-making process and involving them to the extent that they wish, physicians can increase patients' commitment to whatever treatment plans are made. "A therapeutic alliance which contains a clear rationale, a sensitive exploration of potential barriers and support for making difficult changes enhances the likelihood of success and satisfaction with a recommended plan." Increasingly, medical researchers, educators and patient groups are advocating negotiation and collaboration between physicians and patients to address the issue of non-adherence. It is also important to remember that patients will vary in the extent that they want to participate in decision making; some feel more comfortable leaving decisions to their doctors.

Some "How To's"

- Allocate sufficient time in the interview to fully explain the diagnosis and treatment options — bear in mind that most physicians drastically overestimate the actual time spent in explanation and discussion with patients. — Timing
- Determine what the patient's expectations are, and how much information he/she wishes to have about the condition, treatment options, etc.
- Assess the patient's comprehension of the disease and its treatment options. For example, ask questions such as: — Checking with the patient
  - "What do you know about this condition?"
  - "What has worked for you in the past? What hasn't?"
- Offer the patient some choices for treatment options.
- Suggest a treatment option and provide a clear rationale for your advice — a key concept in establishing a partnership with patients is ensuring that they understand why you are suggesting that option. — Using plain language
- Determine what, if any, are the patient's reservations about a particular approach and address each of them individually — these reservations may be because of the patient's personal circumstances, misinformation or fear. — Action planning
- Decide on a "game plan" and assign mutually agreed-upon responsibilities — for example, you agree to explore homeopathic solutions for the ailment, while the patient agrees to continue with the prescribed medication until more information is available. — Clarifying responsibilities
- Review your own and the patient's roles and responsibilities, and check to see if the patient understands and agrees with them. — Summarizing
- Provide support by, for example: — Showing empathy
  - acknowledging the difficulty of following a rigorous treatment plan or making lifestyle changes
  - indicating your availability for questions and follow up

C. Sharing Decision Making

Skill Sets

- A. Drawing out the patient
- B. Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

Why Do It?

By allowing patients to understand the decision-making process and involving them to the extent that they wish, physicians can increase patients' commitment to whatever treatment plans are made. "A therapeutic alliance which contains a clear rationale, a sensitive exploration of potential barriers and support for making difficult changes enhances the likelihood of success and satisfaction with a recommended plan." Increasingly, medical researchers, educators and patient groups are advocating negotiation and collaboration between physicians and patients to address the issue of non-adherence. It is also important to remember that patients will vary in the extent that they want to participate in decision making; some feel more comfortable leaving decisions to their doctors.

Some "How To's"

- **Allocate sufficient time in the interview to fully explain the diagnosis and treatment options — bear in mind that most physicians drastically overestimate the actual time spent in explanation and discussion with patients.** — Timing
- **Determine what the patient's expectations are, and how much information he/she wishes to have about the condition, treatment options, etc.**
- **Assess the patient's comprehension of the disease and its treatment options. For example, ask questions such as:** — Checking with the patient
  - **— "What do you know about this condition?"**
  - **— "What has worked for you in the past? What hasn't?"**
- **Offer the patient some choices for treatment options.**
- **Suggest a treatment option and provide a clear rationale for your advice — a key concept in establishing a partnership with patients is ensuring that they understand why you are suggesting that option.** — Using plain language
- **Determine what, if any, are the patient's reservations about a particular approach and address each of them individually — these reservations may be because of the patient's personal circumstances, misinformation or fear.** — Action planning
- **Decide on a "game plan" and assign mutually agreed-upon responsibilities — for example, you agree to explore homeopathic solutions for the ailment, while the patient agrees to continue with the prescribed medication until more information is available.** — Clarifying responsibilities
- **Review your own and the patient's roles and responsibilities, and check to see if the patient understands and agrees with them.** — Summarizing
- **Provide support by, for example:** — Showing empathy
  - **— acknowledging the difficulty of following a rigorous treatment plan or making lifestyle changes**
  - **— indicating your availability for questions and follow up**

A Case in Point

Mrs. Little has been diagnosed with breast cancer and she and her doctor are discussing treatment options. Her doctor has explained the various options and, at Mrs. Little's request, has provided her with additional information explaining the process and expected outcomes for each. Mrs. Little has asked for information about both traditional and non-traditional approaches, such as acupuncture and herbal therapy. From their conversations, the doctor is aware that Mrs. Little is extremely wary of surgery and chemotherapy. Her mother died of breast cancer after a long and very painful treatment process and Mrs. Little does not want to endure the same pain, suffering and diminished quality of life.

Although the physician feels strongly that Mrs. Little's condition is highly treatable through traditional methods, he acknowledges her apprehensions and respects her need to explore other options. At the same time, he presents the facts supporting his preferred method of proceeding. Together, they work towards establishing a mutually acceptable treatment plan. It is agreed that Mrs. Little will continue to research non-traditional treatments, while at the same time she and her physician will take the necessary steps to prepare her for possible surgery and follow-up chemotherapy. They agree on a "decision date," when they will meet to discuss the results of their research and to decide on a future course of action.

The Research

- Patients of physicians who encourage them to participate more actively in the medical encounter and in treatment decisions enjoy more favourable outcomes both physiologically and functionally.
- Patients who were given the prognosis and treatment options before the diagnosis were better able to assimilate and retain information.
- Patients and doctors who agree on the nature of the problem and the follow-up plan achieve better patient outcomes.

D. Getting Effective Closure

Skill Sets

- A. Drawing out the patient
- B. Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

Why Do It?

Closing the session effectively involves ensuring that the patient knows, and is in agreement with, the treatment plan. It enables patients to feel comfortable about a mutually agreed plan, to be clear about what will happen next and to move forward with more confidence. It also allows doctors to begin the next session without any unfinished business. Many of the problems related to getting effective closure can be avoided using effective communication techniques during the previous phases of the interview. Getting effective closure also involves using specific skills such as summarizing, clarifying responsibilities and checking with the patient.

Some "How To's"

- Review the session briefly. Touch on the main points of the interview, including what brought the patient in, and the diagnosis and treatment plans. Encourage the patient to take notes. — Summarizing
- Contract with the patient about next steps, including patient and physician roles and responsibilities regarding, for example, any lifestyle changes, additional research, further consultation, medication, alternative therapies, etc. — Clarifying responsibilities
- Explain what to do if things do not go as planned — for example, if there are side effects from the medication prescribed or if the problem persists.
- Check with the patient to see if he/she agrees with the proposed plan and ask for additional questions. — Checking with the patient
- Determine if the patient is satisfied.
- Reassure the patient of ongoing care and encourage him/her to bring a friend or family member to follow-up interviews, if desired.

A Case in Point

Physician: So, let's just see where we are. You do have a small lump in your breast. It may be nothing at all, but we need to know for sure. So the next step is to find out what we're dealing with. We'll do that by getting a needle biopsy, then we'll talk about where to go from there. Does that sound all right to you?

Patient: Yes, I guess so.

Physician: I know this is all pretty frightening for you, but let's take it slowly. I'll get you an appointment for the biopsy and I'll let you know by this Thursday exactly when it will be. That will give you some time to make arrangements for a little time off at work. Okay?

Patient: Yes. I need to go home and talk to my family about all this.

Physician: That's a good idea. And if you or your family have any questions, please give me a call. Is there anything else you can think of now?

Patient: No. I just need some time to think. None of this has really sunk in yet.

Physician: That's completely understandable. But remember, I'm here and we'll work our way through this one step at a time. Are you all right with that?

Patient: Yes. I think so.

D. Getting Effective Closure

Skill Sets

- A. Drawing out the patient
- B. Handling emotions
- C. Sharing decision making
- D. Getting effective closure

Why Do It?

Closing the session effectively involves ensuring that the patient knows, and is in agreement with, the treatment plan. It enables patients to feel comfortable about a mutually agreed plan, to be clear about what will happen next and to move forward with more confidence. It also allows doctors to begin the next session without any unfinished business. Many of the problems related to getting effective closure can be avoided using effective communication techniques during the previous phases of the interview. Getting effective closure also involves using specific skills such as summarizing, clarifying responsibilities and checking with the patient.

Some "How To's"

Summarizing

- ➤ **Review the session briefly. Touch on the main points of the interview, including what brought the patient in, and the diagnosis and treatment plans. Encourage the patient to take notes.**

Clarifying responsibilities

- ➤ **Contract with the patient about next steps, including patient and physician roles and responsibilities regarding, for example, any lifestyle changes, additional research, further consultation, medication, alternative therapies, etc.**
- ➤ **Explain what to do if things do not go as planned — for example, if there are side effects from the medication prescribed or if the problem persists.**

Checking with the patient

- ➤ **Check with the patient to see if he/she agrees with the proposed plan and ask for additional questions.**
- ➤ **Determine if the patient is satisfied.**
- ➤ **Reassure the patient of ongoing care and encourage him/her to bring a friend or family member to follow-up interviews, if desired.**

A Case in Point

Physician: So, let's just see where we are. You do have a small lump in your breast. It may be nothing at all, but we need to know for sure. So the next step is to find out what we're dealing with. We'll do that by getting a needle biopsy, then we'll talk about where to go from there. Does that sound all right to you?

Patient: Yes, I guess so.

Physician: I know this is all pretty frightening for you, but let's take it slowly. I'll get you an appointment for the biopsy and I'll let you know by this Thursday exactly when it will be. That will give you some time to make arrangements for a little time off at work. Okay?

Patient: Yes. I need to go home and talk to my family about all this.

Physician: That's a good idea. And if you or your family have any questions, please give me a call. Is there anything else you can think of now?

Patient: No. I just need some time to think. None of this has really sunk in yet.

Physician: That's completely understandable. But remember, I'm here and we'll work our way through this one step at a time. Are you all right with that?

Patient: Yes. I think so.

The Research

- Women with breast cancer who were seen by surgeons offering patients a choice between mastectomy and lumpectomy suffered less anxiety and less depression than patients seen by surgeons favouring either one or the other.
- A study of primary care physicians in Oregon (White et al., 1994) demonstrated that:
  - 21% of closures revealed new problems not discussed earlier in the meeting
  - the average length of closure was 1.6 minutes
  - physician behaviours in closure include:
    - clarifying the plan (75%)
    - orienting the patient to next steps (56%)
    - providing information about the condition or therapy (53%)

5

Reinforcement and Development

Ongoing feedback and self-assessment is an essential tool for improving your communication skills. As Kurtz et al. (1998) have observed, "learning any skill is greatly helped by self-observation, by being able to see for ourselves how we are doing." There are a variety of assessment strategies available — choose the one that's right for you. Whatever method you use, you may want to keep a workbook to follow your progress. As you do your assessment, jot down skills that you feel you are doing well, some that you are improving on, and others that still need work.

Self-Reflection

Improving your skills may be as simple as taking some time to review an interview in your mind, thinking about how it went and what might have been done better. Take a few minutes to reflect on your performance and make some mental or written notes about your own strengths and weaknesses in, for example, drawing the patient out, dealing with emotions or sharing in the decision-making process. Try doing this self-reflection exercise as close as possible to the time of the interview, otherwise you're likely to forget the "fine points" of the interaction. It must be noted, however, that our perceptions of our own behaviour through reflection are not always accurate. It is often more useful to observe or listen to a recording of the interaction.

Audiotaping and Videotaping

You can assess your interviewing communication skills by recording your interview sessions and reviewing them later. You don't need to have the newest high-tech equipment, but you will need to get the patient's permission before going ahead. "On balance, most people do not mind being observed, discussed or videotaped, but there have to be rules and respect for the individual" (Tate, 1997, p. 60).

Audiotaping is cheap, unobtrusive and easy, the only drawback being that it does not permit you to analyze your body language. Videotaping allows you to catch your expressions and other non-verbal behaviour but it is more difficult to set up and can be more threatening to patients. There are a variety of videotaping formats available: a VHS allows four to eight hours of recording on one tape; camcorders are smaller but have restricted recording times; digital cameras provide perfect copies but can be quite expensive.

Patient Feedback

Patient feedback can be obtained through a questionnaire, issued after the interview session. In order to get feedback that is as honest as possible, take appropriate steps to ensure that the patient is offered the opportunity to respond anonymously — some patients will fear endangering their relationship with a physician by commenting "on the record" about their communication skills. Also take care to ensure that participating (or not) in the survey is the patient's choice.

Peer Review

Another strategy for developing your communication skills is to enlist the help of your colleagues. You might ask for a colleague to sit in on several of your interviews (with the patient's permission, of course) or for a fellow physician to review a videotape or audiotape of a few sessions with you. Set some ground rules for the peer review — for example, that discussion of weaknesses include a strong focus on suggestions for alternative approaches.

6

References

The concepts and research presented in this resource draw substantially on the following sources:

Input from the Curriculum Working Group of the Canadian Breast Cancer Initiative's Professional Education Strategy (*see Acknowledgments*).

Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference.* Deerfield, IL: MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.

Frankel, R.M., and T.S. Stein. "The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide." In *Physical Education and Development.* Oakland, CA: Kaiser Permanente, 1996.

Kurtz, S., J. Silverman and J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.

Kurtz, S.M., and J.D. Silverman. "The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes." *Medical Education,* 30 (1996): 83-89.

Silverman, J., S. Kurtz and J. Draper. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.

Stewart, M.A., J. Belle Brown and W. Wayne Weston et al. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

Tate, P. *The Doctor's Communication Handbook,* 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1997.

Further Reading

Balint, M. *The doctor, his patient, and the illness.* New York: International Universities Press, 1957.

Becker, M.H., and L.A. Maiman. "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations." *Medical Care,* 12 (1975): 10-24.

Becker, M.H., and I.M. Rostenstock. "Compliance with medical advice." In *Health Care and Human Behavior.* Edited by A. Steptoe and A. Matthews. London: Academic Press, 1984.

Beckman, H.B., and R.M. Frankel. "The impact of physician behavior on the collection of data." *Annals of Internal Medicine,* 101 (1984): 692-696.

Beckman, H.B., R.M. Frankel and J. Darnly. "Soliciting the patient's complete agenda: A relationship to the distribution of concerns." *Clin. Res.* 33 (1985): 714A.

Beckman, H.B., K.M. Markakis, A.L. Suchman and R.M. Frankel. "The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions." *Arch. Internal Medicine* (in press).

Bird, J., and S.A. Cohen-Cole. "The three function model of the medical interview: An educational device." In *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry.* Edited by M.S. Hale. Basel, Switzerland: Karger, 1990, pp. 65-88.

Blacklock, S.M. "The symptom of chest pain in family medicine." *Journal of Family Practice,* 4 (1977): 429-433.

Bowman, F.M., D. Goldberg and T. Millar et al. "Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching." *Medical Education,* 26 (1992): 63-68.

Branch, W.T., and T.K. Malik. "Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns." *Journal of American Medical Association*, 269, 13 (1993): 1667-1668.

Brody, D.S., S.M. Miller, C.E. Lerman, D.G. Smith, C.G. Lazaro and M.J. Blum. "The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perception about interventions they devised and received." *Medical Care*, 27 (1989): 1027-1035.

Cohen-Cole, S.A., and J. Bird. "Function 2: building rapport and responding to patient's emotions (relationship skills)." In S.A. Cohen-Cole, *The Medical Interview: The Three-Function Approach*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book, 1991, pp. 21-27.

Doherty, W.J., and M.A. Baird. *Family-centred medical care: A clinical casebook*. New York: Guilford, 1987.

Ekman, P., and W.V. Friesen. *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1975.

Engel, G.L. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine." *Science*, 196 (1977): 129-136.

Evans, B.J., R.O. Stanley and G.D. Burrows et al. "Lecture and skills workshops as teaching formats in a history taking skills course for medical students." *Medical Education*, 23 (1989): 364-370.

Evans, B.J., R.O. Stanley and R. Mestrovic et al. "Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency." *Medical Education*, 25 (1991): 517-526.

Fallowfield, L. "Giving sad and bad news." *The Lancet*, 341 (1993): 476-478.

Fallowfield, L.J., A. Hall, C.P. Maguire and M. Baum. "Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial." *British Medical Journal*, 301 (1990): 575-580.

Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference*. Deerfield, IL: MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.

Frankel, R.M., and H.B. Beckman. "Conversation and compliance with treatment recommendations: An application of micro-interactional analysis in medicine." In *Rethinking Communication: Vol. II, Paradigm Exemplars*. Edited by B. Dervin, L. Grossberg, B.J. O'Keefe and E. Wartella. Beverly Hills, CA: Sage Publishers, 1989.

Frankel, R.M., and T.S. Stein. "The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide." In *Physical Education and Development*. Oakland, CA: Kaiser Permanente, 1996.

Frankel, R.M., A.S. Suchman, K.M. Markakis and H.B. Beckman. "Communication aspects of patient dissatisfaction including the decision to litigate." Paper presented at the University of Alabama at Birmingham, Conference on Social Medicine, April 17, 1993.

Garrity, T.F. "Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review." *Social Science Medicine*, 15E (1981): 215-222.

Greenfield, S., S. Kaplan and J. Ware. "Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes." *Annals of Internal Medicine*, 102 (1985): 520-528.

Greenfield, S., S.H. Kaplan and J.E. Ware Jr. "Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988): 448-457.

Hall, J.A., D.L. Roter and N.R. Katz. "Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters." *Medical Care*, 26 (1988): 657-675.

Haug, M., and B. Lavin. *Consumerism in medicine: Challenging physician authority*. Beverly Hills, CA: Sage, 1983.

Haynes, R.B. "A critical review of the 'determinants' of patient compliance with therapeutic regimens." In *Compliance with Therapeutic Regimens*. Edited by D.L. Sackett and R.B. Haynes. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1976.

Headache Study Group of the University of Western Ontario. "Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians — A one-year prospective study." *Headache Journal*, 26 (1986): 285-294.

Irwin, W.G., and J.H. Bamber. "An evaluation of medical students' behaviour in communication." *Medical Education*, 18 (1984): 90-95.

Joos, S.K., D.H. Hickam and G.H. Gordon et al. "Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes." *Journal of General Internal Medicine*, 11 (1996): 147-155.

Kaplan, S.H., S. Greenfield and J.E. Ware. "Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease." *Medical Care*, 27 (1989): S110-127.

Kleinman, A., L. Eisenberg and B. Good. "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research." *Annals of Internal Medicine*, 88 (1978): 251-258.

Kurtz, S., J. Silverman and J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.

Kurtz, S.M., and J.D. Silverman. "The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes." *Medical Education*, 30 (1996): 83-89.

Lester, G.W., and S.G. Smith. "Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits?" *Western Journal of Medicine*, 158 (1993): 268-272.

Levinson, W., and D. Roter. "Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills." *Journal of General Internal Medicine*, 10 (1995): 375-379.

Ley, P. "Memory for medical information." *British Journal of Social Clinical Psychology*, 18 (1979): 245-255.

Maynard, D. "Notes on the delivering and reception of diagnostic news regarding mental disabilities." In *The interactional order: New directions in the study of social order.* Edited by D. Helm, W.T. Anderson and A. Rawls. New York: Irvington Publishers, 1989.

McDaniel, S., T.L.Campbell and D.B. Seaburn. *Family-oriented primary care: A manual for medical providers.* New York: Springer Verlag, 1990.

Messinger, O.J. "The patient's perception of care: A factor in medical litigation." *Canadian Family Physician*, 35 (1989): 133-135.

Northouse, P.G. and L.L. Northouse. "Communication and Cancer: Issues confronting patients, health professionals, and family members." *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3) (Fall 1987): 17-46.

Ong, L.M.L., and J.C.J.M. de Haes et al. "Doctor-patient communication: A review of the literature." *Social Science and Medicine*, 40(7) (1995): 903-918.

Putnam, S.M., W.B. Stiles and M.C. Jacob et al. "Teaching the medical interview: an intervention study." *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988): 38-47.

Riccardi, V.M., and S.M. Kurtz. *Communication and counselling in health care.* Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1983.

Roper Starch Worldwide. "What your patients think of you — and vice versa: a Hippocrates/ Roper poll." *Hippocrates* (November/December 1995): 40-41.

Roter, D.L., and J.A. Hall. "Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients." *Journal of General Internal Medicine*, 2 (1987): 325-329.

Roter, D.L., J.A. Hall and N.R. Katz. "Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature." *Patient Education and Counselling*, 12(2) (1988): 99-119.

Roter, D.L., J.A. Hall and D.E. Kern et al. "Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress." *Arch. Internal Medicine*, 155 (1995): 1877-1884.

Roter, D.L., M. Stewart, S.M. Putnam, M. Lipkin, W. Stiles and T.S. Inni. "Communication patterns of primary care physicians." *Journal of American Medical Association*, 277 (1997): 350-356.

Sackett, D.L., and R.B. Haynes, eds. "Compliance with therapeutic regimens." *Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens*, 1974, McMaster University. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.

Silverman, J., S. Kurtz and J. Draper. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.

Simpson, M., and R. Buckman et al. "Doctor patient communication: Toronto consensus statement." *British Medical Journal,* 303 (1991): 1385-1387.

Spiro, H. "What is empathy and can it be taught?" *Annals of Internal Medicine,* 16 (1992): 843-846.

Starfield, B., D. Steinwachs, I. Morris, G. Bause, S. Siebert and C. Westin. "Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit." *Journal of the American Medical Association,* 242 (1979): 344-346.

Starfield, B., C. Wray, K. Hess, R. Gross, P.S. Birk and B.C. D'Lugoff. "The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care." *American Journal of Public Health,* 71(2) (1981): 127-131.

Steele, D.J., T.C. Jackson and M.C. Gutmann. "Have you been taking your pills? The adherence-monitoring sequence in the medical interview." *Journal of Family Practice,* 20 (1990): 294-299.

Stewart, M.A. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review." *Canadian Medical Association Journal,* 152 (1995): 1423-1433.

Stewart, M.A. "What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes." *Social Science and Medicine,* 19 (1984): 167-175.

Stewart, M.A., J.B. Brown and W.W. Weston. "Patient-centred interviewing: Part III. Five provocative questions." *Canadian Family Physician,* 35 (1989): 159-161.

Stewart, M.A., I.R. McWhinney and C.W. Buck. "The doctor-patient relationship and its effect upon outcome." *Journal of the Royal College of General Practitioners,* 29 (1979): 77-82.

Suchman, A.L., K. Markakis, H.B. Beckman and R.M. Frankel. "A descriptive analysis of empathy: communication behavior in medical interviews." Rochester, NY: Highland Hospital, Department of Medicine, 1996.

Suchman, A.L., D. Roter, M. Green and M. Lipkin. "Physician satisfaction with primary care office visits." *Medical Care,* 31 (1993): 1083-1092.

Tate, P. *The Doctor's Communication Handbook,* 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, 1997.

Tuckett, D., M. Boulton, C. Olson and A. Williams. *Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations.* New York: Tavistock, 1985.

Volk, L.A. "Review and analysis of ambulatory care claims: 1985-1992." Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. *Forum,* 13(2) (1992): 2-5.

Wasserman, R.C., S. Inui, B.S. Barriana, W.B. Carter and B.A. Lipincott. "Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician patient interaction." *Pediatrics,* 74, 6 (1984): 1047-1053.

White, J., W. Levinson and D. Roter. " 'Oh, by the way' — the closing moments of the medical interview." *Journal of General Internal Medicine,* 9 (1994): 24-28.

*Resources**

A variety of training materials and other resources on patient-physican communication are available. The sources for some of these resources are identified below.

- Primary Care Institute, 1000 South Avenue, Box 140, Rochester, New York 14620, (716) 242-8100, Fax (716) 473-2302.
- *The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide,* Richard Frankel, Ph.D., and Jerry S. Stein, M.D., 1996, Physician Education and Development, Kaiser Premanente, Northern California Region.
- *CME Curriculum on Communication Skills for Primary Care Physicians,* Dr. Debra L. Roter, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.

Outils de communication II

La communication efficace ... à votre service

Guide de ressources

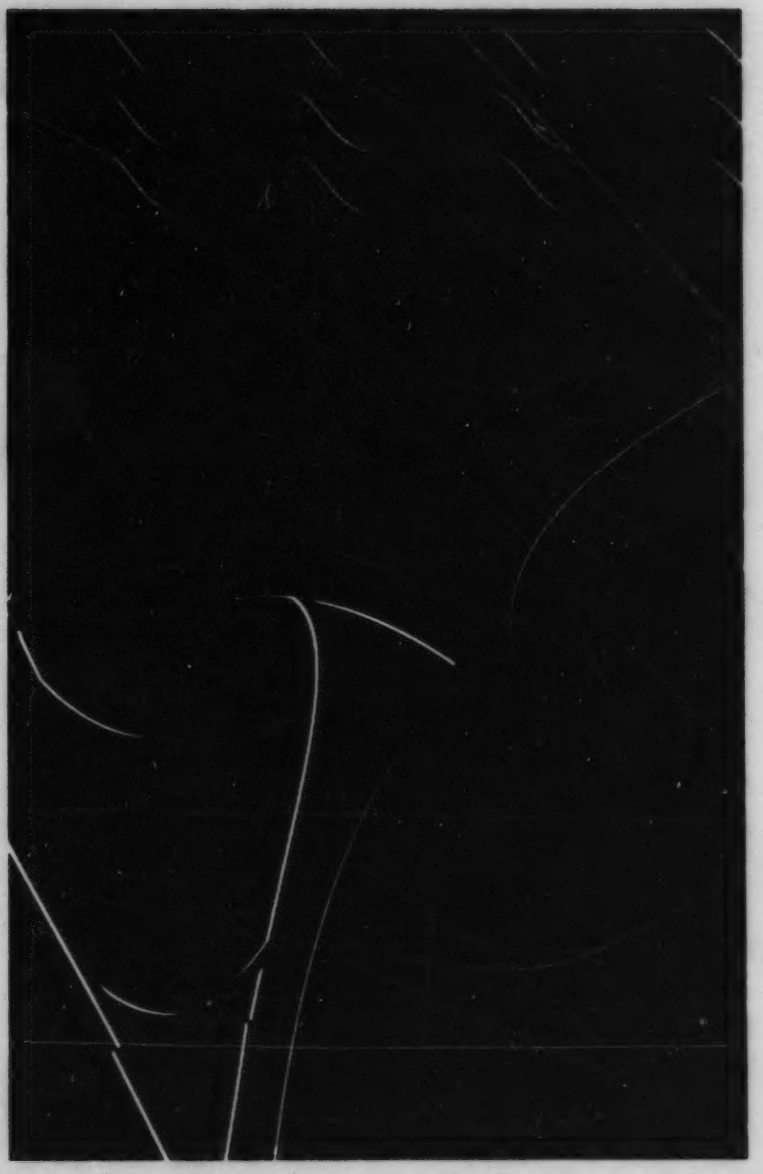
Cours interactif de trois heures à l'intention des praticiens

Santé Canada Health Canada

Canada

Outils de communication II

La communication efficace ... à votre service



Guide de ressources

Cours interactif de trois heures à l'intention des praticiens

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Also available in English under the title:
Talking Tools II — Putting Communication Skills to Work: Resource Booklet

N° de catalogue : H39-509/2001-2F
ISBN : 0-662-86349-6

Pour obtenir des exemplaires additionnels, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Publications-communications
Pré Tunney (LA 0900C2)
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366
Courriel : Info@www.hc-sc.gc.ca
ou à : www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/cancerdusein/publications.html

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001

Table des matières

Remerciements ii
Avant-propos iii
Introduction v

1 **La preuve** 1

2 **Les structures conceptuelles** 5

3 **Les compétences ... à la loupe** 9
Compétence 1. Savoir faire preuve d'empathie 9
Compétence 2. Savoir poser des questions ouvertes et fermées 10
Compétence 3. Savoir recourir à l'écoute active 10
Compétence 4. Savoir reconnaître les indices non verbaux ... 10
Compétence 5. Savoir quand parler et agir 11
Compétence 6. Savoir quand garder le silence 11
Compétence 7. Savoir synthétiser 11
Compétence 8. Savoir choisir des mots simples 12
Compétence 9. Savoir préciser les responsabilités 12
Compétence 10. Savoir planifier les actions 13
Compétence 11. Savoir confirmer auprès du patient 13
Compétence 12. Savoir donner au patient un rôle de meneur .. 13

4 **Harmonisation des quatre ensembles de compétences** 15
A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement 15
B. Comment faire face aux émotions 18
C. Comment prendre des décisions communes 20
D. Comment clore sur une bonne note 22

5 **Consolidation des connaissances et perfectionnement** 25

6 **Références bibliographiques** 27

* Remarque : Veuillez prendre note que l'emploi du masculin sert uniquement à simplifier le texte et que le contenu du document s'applique aux deux sexes.

Remerciements

Les membres de la Stratégie en éducation professionnelle et du Groupe de travail sur le curriculum

Dr Michel Talbot (président)*
Association des chirurgiens généraux du Québec

Mme Élizabeth Horne
Réseau canadien du cancer du sein

Mme Suzanne Inhaber
Santé Canada

Dr André Jacques
Collège des médecins du Québec

Dre Suzanne M. Kurtz
Université de Calgary

Dre Jean Parboosingh
Santé Canada

Dre Moira Stewart
Université Western Ontario

Mme Elizabeth Whamond
Réseau canadien du cancer du sein

*Les membres du Groupe de travail sur le curriculum tiennent à souligner la contribution du président, le Dr Michel Talbot.

Rédaction et design : Allium Consulting Group Inc. (Ottawa)

Avant-propos

Le domaine de la communication efficace médecin-patient a suscité énormément d'intérêt depuis la parution du document *Outils de communication 1 — Une meilleure communication médecin-patient pour de meilleurs résultats auprès des patients* publié par l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), en 1998. Partout au Canada, les médecins praticiens, les facultés de médecine et les patients ont choisi de préciser leurs efforts en vue d'améliorer la qualité des rapports médecins-patients et d'établir des pratiques davantage centrées sur les besoins des patients.

La publication du document ***Outils de communication II — La communication efficace … à votre service*** marque une étape importante au niveau des travaux engagés par les membres de la Stratégie de formation des professionnels de l'ICCS et de l'élargissement des activités de formation et d'éducation en communication destinées aux praticiens. *Outils de communication II* comprend deux grandes composantes : un ***Guide de ressources*** qui présente des preuves confirmant l'importance de la communication, qui décrit en détail une douzaine de compétences particulières en communication et qui explique comment s'en servir; et un ***Manuel de cours*** qui intègre toute l' information et la documentation nécessaires pour offrir deux cours distincts de trois heures chacun portant sur des ensembles de compétences précises. En offrant la possibilité aux médecins d'apprendre de façon bien concrète, *Outils de communication II* consolide et renforce les éléments de sensibilisation compris dans *Outils de communication I.*

Il importe de noter que la mise au point des ressources de la série *Outils de communication* reflète bien les objectifs de la Stratégie de formation des professionnels, qui met à la disposition des médecins une variété de ressources centrées sur les compétences et les techniques en communication. En travaillant ensemble, nous pouvons garantir qu'aux quatre coins du pays, les médecins disposent de tous les outils de communication requis pour bien faire leur travail.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les membres du Groupe de travail sur le curriculum. Les nombreuses heures investies pour mettre au point et revoir le contenu d'*Outils de communication II* témoignent éloquemment de votre engagement sincère envers la cause de la communication efficace médecin-patient. Il importe de remercier de façon particulière Madame Suzanne Inhaber et la D^re^ Jean Parboosingh de Santé Canada pour leur grand dévouement et pour les heures de travail acharné investies pour faire avancer ce projet. Je tiens finalement à remercier les membres de la firme Allium Consulting Group Inc. (Ottawa) qui ont assuré la rédaction, la traduction et la conception graphique du document *Outils de communication II.*

Le D^r^ Michel Talbot
Président, Groupe de travail sur le curriculum
Stratégie de formation des professionnels
Initiative canadienne sur le cancer du sein

Introduction

L'entrevue médicale constitue l'outil clinique le plus important et utile au service du médecin. Pourtant, jusqu'à tout récemment, le corps médical a largement fait abstraction de l'important effet des techniques et des approches en communication sur les résultats cliniques, sur le taux de satisfaction du patient et du médecin, de même que sur les coûts médicaux.

Tenant pour acquis le caractère inné des compétences en communication, les médecins ont manifesté très peu d'intérêt envers ce dossier, souscrivant au principe que la communication est une qualité innée et non une habileté acquise. Un nombre croissant d'études confirment pourtant que la communication entre le médecin et son patient constitue une compétence clinique de base. Elles révèlent également qu'il s'agit d'une habileté qui peut s'enseigner, s'apprendre et se retenir.

Ce *Guide de ressources* explique aux médecins combien il est important d'améliorer leurs compétences en communication et précise les moyens d'y parvenir. Même s'il a été conçu comme une ressource autonome, il s'avère plus utile dans le cadre d'un programme de formation avec animateur. Ce Guide comprend les éléments suivants :

- un aperçu de la recherche confirmant les effets d'une communication médecin-patient efficace sur l'état de santé du patient, de même que sur le taux de satisfaction du patient et du médecin;
- un aperçu de deux structures conceptuelles favorisant la communication entre le patient et le médecin;
- une explication pratique des douze compétences clés en communication;
- une revue de quatre « ensembles de compétences » que peut utiliser le médecin pour franchir avec succès les principales étapes d'une entrevue, y compris un sommaire de la recherche pertinente, quelques conseils pour la mise en pratique des ensembles de compétences ainsi que des études de cas indiquant aux médecins comment s'y prendre pour améliorer leurs résultats cliniques;
- des suggestions pour permettre aux médecins de suivre et d'évaluer l'évolution de leurs progrès en ayant recours à des techniques de communication efficaces.

1

La preuve

Selon de nombreuses études, la communication est une compétence clinique essentielle et l'entrevue médecin-patient constitue l'un des outils les plus efficaces dont dispose le médecin. Si l'on considère le nombre considérable de consultations menées par le médecin au cours de sa carrière (environ 200 000), il importe grandement de « savoir comment procéder ».

Il existe présentement plus de 7 500 articles portant sur la communication entre le médecin et le patient dans l'Index Medicus et l'Index des mots clés d'accès aux citations des sciences sociales. Non seulement la « quantité » d'études a-t-elle augmenté ces dernières années, mais encore la qualité s'est-elle également accrue. Le recours à des concepts de recherche plus sophistiqués de même que l'évolution de la technologie sonore, cinématographique et magnétoscopique ont rehaussé la crédibilité de la recherche en communication.

En général, la recherche et la pratique relatives aux interactions médecin-patient démontrent ceci :

- il existe des problèmes de communication majeurs entre les patients et leurs médecins;
- la communication est une compétence clinique de base qui peut contribuer à améliorer le taux de satisfaction et l'état de santé du client;
- la communication peut avoir une incidence favorable sur le taux de satisfaction du médecin;
- la communication peut accroître l'efficience et faire gagner du temps;
- les compétences en communication s'apprennent et se retiennent; bien que la personnalité et l'approche personnelle d'une personne peuvent jouer en sa faveur, tout le monde est en mesure de s'améliorer.

C'est vrai qu'il y a un problème

- Les médecins n'arrivent pas à faire rassortir plus de 54 p. 100 des plaintes et plus de 45 p. 100 des préoccupations des patients.
- Dans 50 p. 100 des cas, les médecins et les patients n'arrivent pas à s'entendre sur la nature du problème.
- En moyenne, les médecins interrompent leurs patients 18 secondes après que ces derniers ont commencé à décrire leur problème; une fois qu'un patient a été interrompu, il est fort probable qu'il n'abordera pas de préoccupations additionnelles.
- La plupart des procès pour faute professionnelle résultent d'un manque de communication et non d'un manque de compétence. De fait, les patients qui sentent que leur autonomie et leurs moyens d'expression sont grandement menacés par le manque de disponibilité du médecin et son attitude égocentrique au moment de l'entrevue ont tendance à être moins satisfaits et à intenter plus de poursuites.
- Avant toute chose, les patients se plaignent du fait que leurs médecins ne leur fournissent pas assez d'informations et 83 p. 100 des gens croient que les patients ont le droit d'être bien renseignés.

Une bonne communication peut rehausser la qualité des résultats auprès des patients

- Les examens de contrôle menés au hasard révèlent que les patients souffrant de diabète, d'hypertension et d'ulcères qui apprennent à s'imposer davantage au moment de l'entrevue avec le médecin affichent une baisse des taux d'hémoglobine glycosurique et de pression sanguine, et moins de restrictions fonctionnelles dues aux ulcères.
- L'impression des patients à l'effet que leur médecin est à l'écoute et leur donne toute son attention constitue la variable unique la plus souvent associée à l'allégement des symptômes de maux de tête chroniques.
- Le mode de questionnement du médecin en vue d'évaluer et d'éduquer le patient quant à la conformité aux directives affecte la précision de l'information et la qualité de la communication, deux attributs que l'on associe à la non conformité.
- La façon de fournir de l'information aux patients peut déterminer le taux d'acceptation d'un diagnostic ou d'une recommandation.
- Seize de 21 études liées aux résultats sur la santé et aux comportements particuliers au plan de la communication font ressortir des liens positifs et importants entre la communication et les résultats sur la santé des patients.

La qualité de la communication affecte le taux de satisfaction des patients

- Une entrevue centrée sur le patient a une très grande incidence positive sur le taux de satisfaction du patient.
- Le taux de satisfaction du patient tient à diverses habiletés de communication comme le fait de répondre aux attentes, de fournir de l'information et de discuter des problèmes qui inquiètent le patient.
- L'application de diverses techniques de communication efficace (éducation, counselling en cas de stress, négociation) lors des visites aux patients de soins primaires avait une incidence positive sur le taux de satisfaction des patients, alors que le recours à des interventions plus techniques (examens, tests, médication) n'avait pas cet effet.

La qualité de la communication affecte le taux de satisfaction des médecins

- Une revue de 17 études portant sur la satisfaction des médecins illustre que dans la plupart des cas, l'insatisfaction des médecins est attribuable à la communication un à un avec les patients.
- Le taux de satisfaction des médecins tient à des habiletés de communication comme la capacité de répondre aux attentes, de fournir des renseignements et de parler de problèmes inquiétants.
- Le taux de satisfaction général des médecins était avant tout lié à la qualité des rapports médecin-patient.

Vite fait bien fait

- Les médecins qui se montrent sensibles aux besoins de leurs patients et qui s'intéressent à leurs problèmes émotifs prennent, en moyenne, une minute de plus que les médecins qui n'agissent pas de la sorte pour effectuer une entrevue avec leur patient.
- On a découvert que lorsque les médecins recevaient une formation pour accroître leurs compétences « en définition de problèmes et en gestion des émotions », les entrevues avec leurs patients de soins primaires ne duraient pas plus longtemps qu'avant.
- Les entrevues avec les patients ne duraient pas plus longtemps chez les médecins qui avaient recours à des techniques de communication efficaces et qui incitaient leurs patients à jouer un rôle plus actif au niveau de leurs soins personnels, que chez leurs collègues.

Les compétences en communication peuvent être apprises, retenues et maintenues

- Les étudiants en médecine ayant acquis des habiletés fondamentales en communication étaient plus compétents pour diagnostiquer des maladies et plus efficients et efficaces lors des entrevues avec les patients.
- On notait des améliorations marquées au niveau du processus de cueillette d'informations lorsqu'on offrait aux résidents en médecine interne et aux médecins une formation leur apprenant à utiliser des techniques de communication plus appropriées.
- Un cours de huit heures sur la communication efficace a aidé les médecins de soins primaires à déceler et à gérer les problèmes psychosociaux et à réduire le niveau de détresse émotive des patients.
- Les médecins de famille ayant rehaussé leurs aptitudes à interroger les patients à la suite d'un cours spécial donné en ce sens ont réussi à maintenir leurs nouvelles habiletés après une période de deux ans.
- La pratique et la rétroaction s'avèrent essentiels pour assimiler vraiment les nouvelles compétences; la rétroaction peut venir « de l'intérieur » (p. ex., étude critique) ou « de l'extérieur » (p. ex., rétroaction du patient).

2

Les structures conceptuelles

Une structure permet d'encadrer l'apprentissage en communication tout comme le schéma permet aux médecins de prendre des décisions cliniques. Une telle structure favorise l'accès et l'application systématiques des connaissances ou des compétences, sert d'aide mémoire et impose un ordre et une cohérence à ce qui ne constituerait autrement que des bribes d'information aléatoires.

Les chercheurs ont proposé diverses structures susceptibles d'élargir la portée de l'approche médicale conventionnelle afin d'inclure les aspects psychosociaux de l'interaction entre le patient et le médecin. Voici un bref aperçu de deux modèles conceptuels mis au point par des professeurs canadiens chevronnés spécialisés en communication clinique. Les deux structures sont conçues de façon à unifier la recherche, la pratique et l'enseignement dans le domaine.

Les deux modèles présentés s'inspirent largement du travail de deux universitaires canadiennes. Il s'agit de la D^re^ Moira Stewart de l'Université Western Ontario (modèle centré sur le patient) et de la D^re^ Suzanne Kurtz de l'Université de Calgary (Guide d'observation Calgary-Cambridge).

Des références pour l'échantillonnage d'autres structures proposées sont également fournies ci-dessous.

Lignes directrices sur les pratiques cliniques

En novembre 1993, le Forum national sur le cancer du sein a identifié un besoin quant à une meilleure définition des paramètres qui encadrent les décisions portant sur les traitements. Le Forum a également souligné le besoin d'amener les patientes atteintes du cancer du sein à prendre, dans la mesure du possible, leurs propres décisions.

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques relatives aux soins et traitements du cancer du sein *(Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer)*, supplément du Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC) 1998; 158 (3 suppl.), de même que Santé Canada et l'Association médicale canadienne fournissent aux praticiens et aux patients des lignes directrices pour le traitement des patientes atteintes du cancer du sein. Publiées en 1998, ces lignes directrices sont uniques en leur genre, car elles ont été diffusées simultanément en deux documents : l'un d'eux à titre de document vulgarisé à l'intention des femmes et des membres de leurs familles, et l'autre à titre de document technique à l'intention des professionnels de la santé.

Les lignes directrices englobent un vaste consensus sur la gamme de traitements possibles jugés acceptables selon les connaissances actuelles. Elles abordent dix éléments du processus de soins et de traitements et visent à rendre les discussions entre la patiente et le médecin plus informées au cours du processus de prise de décision.

Modèle axé sur le patient

Conçu et mis au point au cours des 30 dernières années, le modèle axé sur le patient intègre la compréhension conventionnelle de la maladie (modèle médical) à l'expérience unique vécue par le patient atteint de la maladie. Ce modèle exclut entièrement la notion traditionnelle selon laquelle le professionnel exerce le plein contrôle et le patient demeure passif. « Pour mettre le patient à l'avant-plan, le praticien doit l'inciter à prendre le contrôle et à partager le pouvoir dans la relation. »

Le modèle axé sur le patient comprend six éléments interreliés. Les trois premiers éléments abordent le processus entre le patient et le médecin, tandis que les trois autres s'attardent plutôt à l'interaction entre le patient et le médecin. En théorie, le médecin devrait passer d'un élément à l'autre en fonction des signaux que lui envoie le patient. Voici une brève description des six éléments de ce modèle.

❶ Explorer à la fois la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient

La prestation des soins au patient exige que l'on accorde autant d'attention à l'expérience personnelle du patient face à la maladie qu'à la maladie même. La méthode axée sur le patient gravite autour de la maladie et de quatre grandes dimensions liées à l'expérience du patient à ce chapitre : a) l'idée que le patient se fait sur ses problèmes de santé; b) ses sentiments, particulièrement ses craintes quant à son état de santé; c) l'effet de ses problèmes de santé sur son quotidien; d) ses attentes face aux mesures à prendre.

❷ Comprendre tous les aspects de la personne

Avec le temps, le médecin apprend à mieux connaître le contexte de vie du patient, y compris sa famille, son milieu de travail, ses croyances et les crises qu'il traverse dans la vie. Le fait de comprendre tous les aspects de la personne peut enrichir l'interaction médecin-patient, surtout si les symptômes ne laissent présager aucune maladie spécifique. Cette approche permet également au médecin d'approfondir ses connaissances sur la dimension humaine, particulièrement la nature de la souffrance.

❸ Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème

Le patient et le médecin ont souvent des divergences de vues marquées sur la nature du problème et priorités, sur les objectifs du traitement et sur le rôle du médecin et du patient. Pour trouver un terrain d'entente, le médecin doit tenir compte des idées, des sentiments, des attentes et du rôle du patient dans la planification du traitement.

❹ Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé

Pour ce faire, il faut que le médecin souscrive entièrement aux principes de la prestation continue et intégrée des soins. Grâce à un processus de soutien, le médecin et le patient peuvent surveiller ensemble certains aspects de la vie du patient qui devraient être consolidés pour permettre au patient de profiter des effets émotifs et physiques à long terme.

❺ Accroître la qualité de la relation médecin-patient

À l'occasion de chaque visite, les médecins cherchent à établir des relations à long terme efficaces avec leurs patients. Il s'agit, en quelque sorte, de l'assise de leur relation professionnelle. Cette relation peut contribuer à mobiliser les forces du patient et à amorcer le processus de guérison.

❻ Être réaliste

Le médecin doit arriver à gérer son temps efficacement et à développer des compétences qui l'aideront à établir les priorités, à affecter les ressources et à favoriser le travail d'équipe. Il doit également respecter ses propres limites émotives et ne pas excéder ses capacités.

Guide d'observation Calgary-Cambridge

Le Guide d'observation Calgary-Cambridge fait appel à un plan simple en cinq points pour structurer les compétences individuelles en communication. Ce plan s'appuie sur une série de tâches élémentaires que le médecin et le patient cherchent d'emblée à accomplir lors des consultations de tous les jours. En outre, il s'inspire d'un schéma organisationnel logique centré sur les interactions médecin-patient et sur l'apprentissage de compétences en communication. Selon les indications, chacune de ces cinq tâches comprend une structure élargie d'ensembles de compétences qui fournit de plus amples précisions quant aux objectifs visés.

Chacun des ensembles de compétences se subdivise à nouveau en compétences individuelles. Ainsi, la structure comprend 70 compétences individuelles qui sont toutes conceptuellement liées à un ensemble de compétences et aux fonctions qu'effectue le médecin dans la séquence logique d'une entrevue clinique.

Nonobstant les nombreuses recherches à l'appui, les auteurs font état de trois **objectifs** immédiats et de cinq **principes** de communication qui ont influé sur le choix des compétences individuelles incluses dans la structure. Ensemble, ils servent de fondement théorique simple et cohérent au Guide d'observation et au développement général des curriculums en communication.

1 Engager la séance
- Établir le rapport initial.
- Préciser les motifs de la consultation.

2 Recueillir l'information
- Définir le problème.
- Comprendre le point de vue du patient.
- Fournir un cadre à la consultation.

3 Nouer des liens
- Développer un rapport.
- Encourager le patient à participer.

4 Expliquer et planifier
- Donner la bonne dose et le bon type d'information.
- Servir d'aide-mémoire au patient et faire preuve de compréhension.
- Trouver un point d'entente : intégrer le point de vue du client.
- Planifier en favorisant les prises de décisions partagées.
- Présenter diverses options dans le cadre des explications et de la planification :
  - — au moment de formuler une opinion et de préciser l'ampleur du problème
  - — au moment de négocier un plan d'action mutuel
  - — au moment de discuter des tests et des procédures.

5 Clore la séance

Objectifs de la communication médicale

Les trois objectifs immédiats que les médecins se fixent et cherchent à respecter au cours des échanges avec les patients sont les suivants :

1. Exactitude
2. Efficacité
3. Soutien

La communication efficace offre les outils nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Principes qui sous-tendent la communication efficace

1. Ils misent sur l'interaction plutôt que sur un processus de transmission direct.
2. Ils réduisent l'incertitude superflue.
3. Ils exigent une planification et une réflexion centrées sur le dénouement.
4. Ils misent sur le dynamisme.
5. Ils s'appuient sur le modèle hélicoïdal.

Autres modèles

Voici d'autres approches qui s'appliquent à la communication médecin-patient :

- le modèle biopsychosocial
- le modèle à trois fonctions
- l'approche des systèmes familiaux pour les soins au patient
- la connaissance de soi du médecin

Tout comme l'affirmaient Stewart et al. (1995), plusieurs de ces modèles sont semblables en ce qu'ils favorisent un élargissement de l'approche médicale conventionnelle pour englober les questions psychosociales, la famille et le médecin. Par contre, leurs niveaux de fonctionnement diffèrent. Certains constituent des modèles conceptuels sans méthode de mise en œuvre, tandis que d'autres s'attardent aux méthodes sans fournir pour autant de structure définie.

3

Les compétences ... à la loupe

Qu'il s'agisse d'apprendre à jouer au tennis, à conduire une voiture ou à communiquer efficacement, l'apprentissage d'un ensemble complexe de compétences passe par la décomposition des différents éléments qui le constituent. Il faut d'abord se familiariser avec chaque compétence requise, appliquer les composantes, puis les mettre en pratique en les enchaînant les unes aux autres de façon cohérente.

Voici un résumé de douze compétences choisies en communication, présentées sans ordre précis.

1 Compétence Savoir faire preuve d'empathie

L'empathie consiste en l'appréciation, la compréhension et l'acceptation de l'état émotif d'autrui. Dans le cadre de la relation patient-médecin, l'empathie facilite le partage de l'information au sujet de la maladie en cause. Le médecin qui fait preuve d'empathie réussira à évaluer correctement l'état émotif du patient. Il lui fera sentir qu'il est réellement à l'écoute, que les émotions qu'il ressent sont tout à fait acceptables et qu'il est sensible à sa situation.

Cohen-Cole et Bird (1991) ont relevé cinq types de réponses empathiques :

- réflexion — « Je constate que vous êtes ... »
- validation — « Je comprends pourquoi vous sentez que ... »
- appui — « Je veux vous aider. »
- partenariat — « Nous allons affronter le problème ensemble. »
- respect — « Vous vous débrouillez très bien. »

L'empathie s'exprime de façon verbale ou non verbale. Par exemple :

Empathie verbale

- « Cela m'attriste de vous voir ainsi. »
- « Vous devez avoir de la difficulté à accepter cela. »
- « Vous semblez (triste, en colère, tendu) aujourd'hui. »
- « Cela ne doit pas être facile à vivre. »
- « Je vais vous aider à vous en sortir. »
- « Vous pouvez m'appeler en tout temps. » (Si vous offrez ainsi vos services, assurez-vous de votre disponibilité.)

Empathie non verbale

- Adoptez un ton qui traduit la tristesse ou la sympathie.
- Laissez votre physionomie exprimer votre inquiétude.
- Touchez la main du patient.

Être soi-même!

Il ne suffit pas de savoir quelle compétence convient dans telle ou telle situation. En essayant différentes méthodes verbales et gestuelles, vous trouverez celles qui expriment le mieux votre personnalité et votre style. Par la répétition et la rétroaction, vous apprendrez à personnaliser chacune des compétences requises.

2 Compétence Savoir poser des questions ouvertes et fermées

La façon dont un médecin interroge son patient peut déterminer la qualité et la quantité d'informations qu'il saura recueillir. La plupart des médecins ont tendance à diriger la consultation et, ce faisant, à limiter les réponses du patient. Bien que cette technique soit toute indiquée dans certaines circonstances, elle ne permet pas toujours d'en arriver aux résultats souhaités. À l'aide de différentes méthodes interrogatives, dont les questions « ouvertes », le médecin peut, en encourageant le patient à approfondir ses réponses, obtenir des renseignements essentiels au diagnostic et au traitement. Kurtz et al. (1998) ont démontré l'utilité des questions ouvertes.

Au début de la consultation, le médecin peut poser des questions ouvertes (qui lui permettent de recueillir le point de vue du patient par rapport au problème), puis cibler sa recherche à l'aide de questions plus précises, mais toujours ouvertes, pour ensuite terminer par des questions fermées qui facilitent la divulgation de détails que le patient aurait pu omettre.

Les questions et les déclarations ouvertes dégagent une zone d'information sans pour autant poser de limites au patient. Elles l'incitent plutôt à fournir des détails du genre : « Éprouvez-vous de la douleur quelque part? », « Parlez-moi un peu de cette douleur que vous ressentez. »

Les questions plus précises mais toujours ouvertes permettent de cibler les recherches, mais laissent au patient une certaine latitude, du genre : « Qu'est-ce qui intensifie ou qui soulage la douleur? »

Les questions et les déclarations fermées ont pour effet de circonscrire la gamme des réponses à un cadre fixé par le médecin, habituellement à un « oui », un « non » ou à quelques mots, du genre : « Ressentez-vous de la douleur au bras gauche? », « Prenez-vous vos médicaments? »

3 Compétence Savoir recourir à l'écoute active

L'écoute active, c'est beaucoup plus que d'être assis sans bouger devant son patient. Elle consiste à vouloir réellement comprendre le message communiqué. L'écoute active se fonde sur les critères suivants :

- être disposé à écouter (p. ex., sans pousser le patient à se dépêcher en raison de vos autres engagements);
- être à l'affût des indices verbaux et non verbaux (langage corporel);
- faire preuve de compréhension et d'encouragement à l'égard du patient. Par exemple :
  - à l'aide d'incitatifs verbaux : « um », « oui », « allez-y », « ah, ha »;
  - à l'aide d'incitatifs non verbaux : position, posture, contact visuel, affect, physionomie, animation;
  - en faisant une pause avant de formuler des questions pour approfondir certains aspects;
- savoir respecter l'interlocuteur;
- préciser le message de l'interlocuteur (« Si j'ai bien compris ... C'est ça? »).

4 Compétence Savoir reconnaître les indices non verbaux

L'observation et le décodage des indices non verbaux émis par le patient sont essentiels à la compréhension de ses émotions et sentiments. Bien que certains patients refusent de parler de leur désarroi, ils s'exprimeront au moyen du langage corporel. Sachez reconnaître les signes de détresse suivants :

- le fait d'éviter le contact visuel;
- l'agitation;
- l'incapacité de tenir en place sur son fauteuil;
- la tension corporelle perceptible.

Ne croyez pas que vous avez su interpréter instantanément le langage corporel d'un patient. Assurez-vous d'avoir bien capté le message transmis. Il faut parfois tenir compte de particularités culturelles comme le caractère impoli du contact visuel dans certaines cultures.

N'oubliez pas que vous communiquez vous aussi à l'aide du langage corporel et que le patient peut interpréter les indices non verbaux que vous émettez. Il existe divers indices positifs qui peuvent favoriser la communication comme :

- le fait de vous pencher vers le patient pour l'écouter;
- le fait de maintenir le contact visuel et de porter attention à ce que dit le patient;
- hocher la tête.

Par contre, certains indices non verbaux traduisent la distraction, par exemple :

- jouer ou faire du bruit avec votre stylo;
- regarder votre montre ou l'horloge;
- éviter le contact visuel.

5 Compétence Savoir quand parler et agir

En communiquant avec leurs patients, les médecins font souvent l'erreur de contrôler la rapidité du débit et la quantité d'informations livrée. Un médecin qui interrompt son patient et manifeste de l'impatience (de façon verbale et non verbale) peut passer à côté de détails essentiels, de menacer l'équilibre de la relation de « partenariat », voire de perdre en bout de ligne un temps précieux. Gardez les directives suivantes à l'esprit :

- préparez-vous à la consultation en passant en revue le dossier du patient;
- dites au patient combien de temps vous avez à lui consacrer pour qu'il décide quels renseignements qu'il veut vous transmettre et sache combien de temps il a pour ce faire;
- établissez des priorités avec le patient s'il désire vous parler de nombreuses questions;
- indiquez à votre patient si vous êtes pressé par le temps et expliquez-lui pourquoi (p. ex., des urgences, des retards, etc.);
- fixez un autre rendez-vous si vous n'avez pas suffisamment de temps pour discuter à fond des questions dont le patient désire vous entretenir.

6 Compétence Savoir quand garder le silence

Parce qu'ils sont souvent très pressés, les médecins peuvent être portés à accélérer la consultation. Cependant, une pause silencieuse constitue un outil de communication fort efficace pour inciter le patient à se confier tout à fait. Bien plus qu'une simple méthode d'écoute, la pause du médecin permet au patient d'expliquer un problème à son rythme et lui donne un temps de réflexion. Un court silence encourage le patient à poursuivre son idée tandis qu'une pause prolongée sera utile si le patient éprouve de la difficulté à s'exprimer ou s'il devient trop émotif. Le médecin doit reconnaître qu'il existe un équilibre fragile entre le silence qui réconforte et celui qui gêne, entre favoriser la communication et l'entraver en alimentant l'incertitude et l'anxiété. C'est pourquoi il importe d'être réceptif aux indices non verbaux du patient.

7 Compétence Savoir synthétiser

Le fait de synthétiser les propos du patient permet au médecin d'établir s'il a bien compris. En faisant une synthèse, vous résumez ce que le patient a dit, puis vous l'invitez à corriger votre interprétation et à vous fournir, le cas échéant, des renseignements supplémentaires. La **synthèse interne** porte sur un aspect précis de la conversation. Vous devriez y recourir à quelques reprises au cours de la consultation pour vous assurer d'avoir bien saisi l'information du patient. La **synthèse de conclusion** vous permet de récapituler la consultation. Un médecin qui ne prend pas la peine de synthétiser pour confirmer la qualité et la justesse de l'information s'en remet aux suppositions et aux hypothèses et pourrait déformer ou mal interpréter les faits, risques inhérents à toute communication.

La synthèse présente les avantages suivants :

- elle démontre que vous avez écouté attentivement le patient;
- elle témoigne de votre intérêt face à la maladie du patient et face aux circonstances particulières de cette maladie;
- elle donne au patient la possibilité d'apporter des explications supplémentaires;
- elle favorise la collecte d'informations justes;
- elle vous permet de mettre de l'ordre dans vos idées.

Exemple

Le médecin : « Voyons si j'ai bien compris. Il y a environ deux mois, vous avez commencé à souffrir de graves maux de tête une ou deux fois par semaine. Ces maux de tête duraient environ une heure seulement si vous preniez dès le début un analgésique courant; autrement, ils pouvaient durer trois ou quatre heures. Mais maintenant, vos maux de tête sont plus fréquents. Ils reviennent trois ou quatre fois par semaine et les analgésiques sont désormais inutiles pour combattre la douleur. C'est bien ça? »

Le patient : « Oui, et je ne peux réellement pas m'absenter du travail en ce moment. C'est la période la plus occupée de l'année, et je crains que mon entreprise ne fasse faillite si je n'y suis pas. »

8 Compétence Savoir choisir des mots simples

De nombreux médecins oublient que Monsieur et Madame Tout-le-monde ne parlent pas la même langue qu'eux. Bien que certains termes médicaux soient passés dans la langue courante, il reste que le jargon est incompris de la plupart des patients. Il arrive souvent que les patients hésitent à avouer à leur médecin qu'ils ne comprennent pas et quittent son cabinet avec des questions restées sans réponses et de l'information mal comprise. Une bonne communication repose sur l'utilisation de questions et de réponses courtes, faciles à comprendre, dénuées de jargon. Le choix de mots simples contribue à ce que le patient comprenne le plan de traitement prescrit et les directives du médecin.

9 Compétence Savoir préciser les responsabilités

Il importe que le médecin et le patient précisent dès le départ quels seront leurs rôles et responsabilités respectifs dans la relation patient-médecin. Étant donné que les patients ont tous une notion bien différente de la participation qu'ils souhaitent accorder à leur traitement et que cette notion peut changer avec le temps, il revient au médecin, entre autres, de déterminer les attentes de chacun. Pour ce faire, le médecin doit :

- donner l'occasion au patient de parler de ses idées, suggestions, préférences et croyances et l'encourager à s'exprimer;
- offrir au patient des choix et l'encourager à prendre les décisions qu'il se juge capable de mener à bien;
- affecter des tâches à accomplir (p. ex., de la recherche supplémentaire, une consultation avec d'autres professionnels, des modifications au style de vie, la prise de médicaments);
- vérifier auprès du patient s'il appuie la répartition des tâches.

10 Compétence Savoir planifier les actions

Il s'agit de négocier un plan d'action mutuel pour répondre aux inquiétudes que le patient nourrit au sujet de sa santé. Pour arriver à planifier les actions, le médecin doit :

- fournir de l'information claire à propos des actions ou des possibilités de traitement;
- faire exprimer au patient ses idées, sa compréhension, ses inquiétudes, les obstacles perçus;
- encourager le patient à prendre une part active aux décisions;
- tenir compte des circonstances particulières du patient (p. ex., style de vie, croyances, aspect culturel) et de son réseau d'aide;
- confirmer auprès du patient si le plan est compris et accepté.

11 Compétence Savoir confirmer auprès du patient

Les erreurs de communication surviennent en grande partie lorsqu'on suppose (à tort) que notre interlocuteur a compris. Cependant, dans bien des cas, certains facteurs comme l'émotion ou encore les différences quant à la culture et à l'éducation nuisent à la transmission et à la réception du message. L'un des outils qui aidera au médecin à savoir s'il a bien capté le message est la fréquente confirmation auprès du patient par des phrases telles que les suivantes :

- « Ce que vous êtes en train de me dire, c'est ... C'est bien ça? »
- « Vous me dites ... Est-ce que j'ai bien compris? »
- « Si je vous ai bien compris ... Êtes-vous d'accord? »

12 Compétence Savoir donner au patient un rôle de meneur

Il s'agit de laisser au patient le soin de diriger la consultation, tout en posant des questions à mesure que la conversation se déroule. Tout comme il peut trouver ardu de se taire pendant l'échange avec le patient, le médecin qui est habitué à diriger la consultation aura souvent de la difficulté à donner au patient un rôle de meneur. Le médecin qui sait appliquer cette compétence arrivera à épargner du temps en laissant au patient le soin de lui confier toutes ses inquiétudes, d'établir ses préoccupations premières et de préciser ses attentes.

Exemple

Patient : « J'ai mal à la jambe droite. »

Médecin : « Ah bon. Pouvez-vous me fournir des détails sur le genre de douleur que vous ressentez? »

Patient : « Et bien ... ce n'est pas une douleur constante. Ça va et ça vient. »

Médecin : « Pouvez-vous être plus précis? Quand exactement la douleur est-elle plus ou moins forte? »

Patient : « Je ne sais pas vraiment, mais de toute façon, ce n'est pas ça qui m'inquiète le plus. »

Médecin : « Ah! Oui? Pouvez-vous me parler de votre plus grande inquiétude, alors? »

4

Harmonisation des quatre ensembles de compétences

Pour arriver à gérer efficacement la communication médecin-patient, il ne suffit pas d'appliquer isolément des compétences et des habiletés. En mettant régulièrement en pratique tout ce qu'ils ont appris et en s'auto-évaluant fréquemment, les médecins apprennent à harmoniser toutes les compétences acquises pour répondre aux besoins particuliers de chaque entrevue. La section suivante décrit quatre grands « ensembles de compétences ».

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement

Ensembles de compétences

- A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement
- B. Comment faire face aux émotions.
- C. Comment prendre des décisions communes.
- D. Comment clore sur une bonne note.

Pourquoi?

« Si les médecins viennent de Mars et les patients de Vénus, c'est que le lien manquant se situe à l'angle des décisions cliniques prises par le médecin et des expériences concrètes du patient face à sa maladie. Il en résulte que les médecins saisissent mal la trame de l'histoire même s'ils connaissent bien tous les faits. »

Un patient peut se sentir malade sans avoir de maladie. On peut penser au cas d'une veuve récente qui se plaint de léthargie, d'insomnie et de migraines, ou au cas d'un enfant dont les problèmes scolaires provoquent des douleurs au ventre. L'approche centrée sur le patient permet au médecin d'élargir sa marge de manœuvre en tenant compte à la fois de la maladie concrète du patient (préoccupation première du médecin) et des effets de cette maladie (préoccupation première du patient). Toutes les études portant sur le taux de satisfaction, de conformité, de rappel et de résultats physiologiques confirment que les médecins doivent élargir leur perception du patient et de la maladie de façon à englober à la fois le point de vue du patient et la perspective biologique du médecin.

La plupart des médecins croient que les patients sollicitent

La « maladie » et les « effets de la maladie »

Pour arriver à obtenir tous les renseignements nécessaires, les médecins doivent tenir compte à la fois de la maladie et de ses effets sur le patient.

Maladie : La cause biomédicale de l'affection et la préoccupation première traditionnelle et centrale du médecin.

Effets de la maladie : Le vécu unique du patient face à la maladie, y compris ses émotions, ses pensées, ses préoccupations et les répercussions de l'affection sur d'autres aspects de sa vie.

un avis médical et des traitements en fonction d'un problème principal ou unique, et que ce problème est la première chose dont ils font état au moment de la consultation. La plupart des études confirment toutefois que cette hypothèse est fausse. Comme l'explique Frankel (1994, p. 5), l'ordre de formulation des plaintes n'a rien à voir avec l'importance clinique des problèmes du patient et ne constitue pas une norme fiable pour juger de leur importance du point de vue du patient.

Par ailleurs, même si le patient aborde plusieurs sujets avec son médecin, il n'est pas dit qu'il cherche des solutions à tous ses problèmes. Les observations révèlent qu'aussi souvent qu'une fois sur trois, les problèmes soulevés par le patient indiquent simplement son désir d'en parler au médecin, et non sa quête d'une solution clinique.

Lorsqu'un médecin parvient à recueillir une grande quantité de renseignements auprès du patient, il est plus en mesure d'établir un diagnostic précis et de concevoir un plan de traitement approprié. Une telle approche encourage également le patient à participer activement à son traitement.

Comment faire?

Pour arriver à faire parler son patient, le médecin doit d'abord connaître ses sentiments, ses idées, ses motifs et ses attentes, et savoir situer le tout dans le contexte personnel et culturel qui convient.

- Commencer en demandant au patient de relater toutes les étapes de sa maladie, depuis ses premières manifestations jusqu'à maintenant.
  - — Par exemple : « Racontez-moi tout depuis le début … »

Usage efficace du silence

- Utiliser des « ponctuations » pour démontrer davantage votre sollicitude et vos sentiments pendant l'exposé du patient.
  - — Par exemple : « Mmmm … je vois … je vous comprends. »
- Attendre que le patient continue de décrire son problème avant de poser une autre question.

Choix du bon moment

- Établir avec le patient ce qui constitue le problème le plus pressant et négocier avec lui afin de remettre au prochain rendez-vous les préoccupations moins urgentes.

Recours aux questions ouvertes

- Poser des questions qui vous permettront de comprendre en quoi un problème particulier affecte le patient dans sa vie quotidienne.
- Demander au patient s'il a une idée de ce qui pourrait bien causer son problème. Un tel geste vise à favoriser la communication et à contrer les fausses impressions.
  - — Par exemple : « Qu'est-ce qui a provoqué ce problème, selon vous? »
- Voir quel genre de soins le patient s'attend à recevoir. En général, les patients ont déjà une bonne idée des soins dont ils croient avoir besoin pour régler leur problème. Par conséquent, il se peut que vos recommandations ne soient pas bien suivies parce que le patient n'est pas d'accord avec vous ou parce qu'il n'avait pas l'intention de les suivre au départ.
- « Que voulez-vous que je fasse pour vous aider? »
- Se renseigner sur la culture et le mode de vie du patient. Le fait de connaître les événements et les personnes qui affectent le vécu du patient en rapport avec sa maladie — la préoccupation première du patient — vous guidera et vous aidera à prendre la bonne décision clinique de façon plus rapide, plus rentable et moins frustrante pour les deux parties.

  Par exemple : « Est-ce qu'il se passe bien d'autres choses dans votre vie à ce moment-ci? »

Synthèse

- Il importe de faire une synthèse des grandes préoccupations du patient, de ses attentes face aux causes du problème et des mesures à prendre pour le régler. Le médecin demandera au patient de lui fournir les renseignements manquants ou de le corriger s'il a mal compris ce que le patient a dit.

un avis médical et des traitements en fonction d'un problème principal ou unique, et que ce problème est la première chose dont ils font état au moment de la consultation. La plupart des études confirment toutefois que cette hypothèse est fausse. Comme l'explique Frankel (1994, p. 5), l'ordre de formulation des plaintes n'a rien à voir avec l'importance clinique des problèmes du patient et ne constitue pas une norme fiable pour juger de leur importance du point de vue du patient.

Par ailleurs, même si le patient aborde plusieurs sujets avec son médecin, il n'est pas dit qu'il cherche des solutions à tous ses problèmes. Les observations révèlent qu'aussi souvent qu'une fois sur trois, les problèmes soulevés par le patient indiquent simplement son désir d'en parler au médecin, et non sa quête d'une solution clinique.

Lorsqu'un médecin parvient à recueillir une grande quantité de renseignements auprès du patient, il est plus en mesure d'établir un diagnostic précis et de concevoir un plan de traitement approprié. Une telle approche encourage également le patient à participer activement à son traitement.

Comment faire?

Pour arriver à faire parler son patient, le médecin doit d'abord connaître ses sentiments, ses idées, ses motifs et ses attentes, et savoir situer le tout dans le contexte personnel et culturel qui convient.

- **Commencer en demandant au patient de relater toutes les étapes de sa maladie, depuis ses premières manifestations jusqu'à maintenant.**
  - **Par exemple : « Racontez-moi tout depuis le début … »**
- **Utiliser des « ponctuations » pour démontrer davantage votre sollicitude et vos sentiments pendant l'exposé du patient.**
  - **Par exemple : « Mmmm … je vois … je vous comprends. »**
- **Attendre que le patient continue de décrire son problème avant de poser une autre question.**

Usage efficace du silence

- **Établir avec le patient ce qui constitue le problème le plus pressant et négocier avec lui afin de remettre au prochain rendez-vous les préoccupations moins urgentes.**

Choix du bon moment

- **Poser des questions qui vous permettront de comprendre en quoi un problème particulier affecte le patient dans sa vie quotidienne.**
- **Demander au patient s'il a une idée de ce qui pourrait bien causer son problème. Un tel geste vise à favoriser la communication et à contrer les fausses impressions.**
  - **Par exemple : « Qu'est-ce qui a provoqué ce problème, selon vous? »**
- **Voir quel genre de soins le patient s'attend à recevoir. En général, les patients ont déjà une bonne idée des soins dont ils croient avoir besoin pour régler leur problème. Par conséquent, il se peut que vos recommandations ne soient pas bien suivies parce que le patient n'est pas d'accord avec vous ou parce qu'il n'avait pas l'intention de les suivre au départ.**
- **« Que voulez-vous que je fasse pour vous aider? »**
- **Se renseigner sur la culture et le mode de vie du patient. Le fait de connaître les événements et les personnes qui affectent le vécu du patient en rapport avec sa maladie — la préoccupation première du patient — vous guidera et vous aidera à prendre la bonne décision clinique de façon plus rapide, plus rentable et moins frustrante pour les deux parties.**

  Par exemple : « Est-ce qu'il se passe bien d'autres choses dans votre vie à ce moment-ci? »

Recours aux questions ouvertes

- **Il importe de faire une synthèse des grandes préoccupations du patient, de ses attentes face aux causes du problème et des mesures à prendre pour le régler. Le médecin demandera au patient de lui fournir les renseignements manquants ou de le corriger s'il a mal compris ce que le patient a dit.**

Synthèse

Un cas type

Médecin : Bonjour, Madame Gagnon. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui?

Patiente : Et bien, j'ai un peu de misère avec les médicaments pour l'arthrite que vous m'avez prescrits.

Médecin : Je vois …

Patiente : C'est que j'ai beaucoup de mal à dormir. Je ne sais pas si c'est à cause des médicaments. Peut-être que j'en prends trop. Peut-être que je devrais prendre autre chose. Je ne sais pas vraiment.

Médecin : D'accord, parlons-en. Mais j'aimerais d'abord savoir s'il y a quelque chose d'autre qui vous dérange. Avez-vous d'autres problèmes sur le plan physique? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous dérange particulièrement ces jours-ci?

Patiente : Eu … en fait, oui. Il y a quelque chose qui me dérange.

Médecin : J'écoute … Pouvez-vous m'en parler un peu?

Patiente : Je suis certaine que ce n'est rien de grave.

Médecin : (Silence)

Patiente : Et bien … je sens que j'ai une petite bosse au sein.

Médecin : Ah bon …

Patiente : Je suis certaine que ce n'est rien de grave mais cela m'inquiète un peu quand même.

Médecin : Je peux comprendre pourquoi cela vous inquiète. Si vous voulez, on va en parler un moment, puis on va voir s'il y a quelque chose à faire au sujet de vos médicaments.

La recherche

Les éléments suivants sont tirés de diverses recherches visant à aider le patient à « s'exprimer plus facilement ».

- Beaucoup de problèmes ne sont pas explicables par la présence d'une maladie organique. Lorsque des patients se plaignent de douleurs à la poitrine au médecin de famille, on n'arrive toujours pas à établir la cause après un suivi de six mois dans 50 p. 100 des cas.
- On observe des résultats supérieurs lorsque le médecin et le patient s'entendent sur la nature du problème et sur la solution proposée (c.-à-d., le diagnostic et le traitement).
- De 40 p. 100 à 80 p. 100 des patients ne suivent pas les recommandations du médecin. Dans bien des cas, ces recommandations correspondent mal aux questions, aux besoins ou aux priorités que le patient a fait valoir au moment de la consultation.
- Le fait d'encourager les patients à dire ce qu'ils pensent de leur maladie peut s'avérer fort utile pour les inciter à fournir d'autres renseignements et pour les aider à mieux comprendre ce qui se passe.
- Les divergences d'opinion entre un patient et son médecin face à une maladie quelconque peuvent affecter le taux de satisfaction et de conformité du patient, la bonne gestion de la maladie et la qualité des résultats.
- La quantité d'informations recueillies par le médecin tient directement au recours judicieux aux questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes incitent le patient à fournir beaucoup plus de renseignements que les questions fermées.

B. Comment faire face aux émotions

Ensembles de compétences

- A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.
- B. Comment faire face aux émotions.
- C. Comment prendre des décisions communes.
- D. Comment clore sur une bonne note.

Pourquoi?

Les études sur la communication médecin-patient font souvent état du lien entre le degré d'empathie et de soutien du médecin et le taux de satisfaction du patient. Les chercheurs constatent aussi un rapport entre ce que les patients perçoivent comme un manque d'intérêt de la part du médecin et le nombre de poursuites pour faute professionnelle. En outre, la recherche indique qu'il existe un lien significatif entre le degré d'empathie du médecin et le degré de conformité des patients.

Compte tenu des preuves de plus en plus probantes à l'effet que les rapports thérapeutiques positifs ont un bon effet sur le processus et sur le résultat des soins, pourquoi y a-t-il tant de médecins qui éprouvent des difficultés à composer avec les émotions des patients? Spiro (1992) croit que, jusqu'à présent, la médecine a projeté une image de neutralité et de froideur clinique, alors que l'empathie se fonde sur la passion et les rapports humains, sur les joies et les peines, et sur la réalité de vivre.

Comment faire?

➤ **Indiquer que vous êtes sensible aux émotions du patient et qu'il est bon pour eux d'exprimer ce qu'ils ressentent et de discuter de questions émotives délicates. Une façon d'encourager les patients à faire part de leurs émotions consiste à poser des questions comme les suivantes :**

Questions ouvertes

- **« Comment vous sentez-vous face à cette situation? »**
- **« Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans tout ceci? »**
- **« Est-ce qu'il y a des choses qui vous dérangent à la maison ou au travail? »**

➤ **Il faut bien surveiller pour arriver à reconnaître les signes de détresse chez vos patients. Pour ce faire, il faut être attentif aux indices verbaux et non verbaux, être conscient des écarts entre ce que le patient dit et comment il le dit, tout en étant sensible aux choses qu'il ne dit pas. Pensez à une patiente qui affirme se sentir bien mais qui joue nerveusement avec son sac à main sous la table, ou à un patient qui ne vous regarde pas dans les yeux en clamant que tout va bien avec son épouse à la maison. Suchman et al. (1996) croit que les patients y vont souvent d'affirmations neutres en vue de tâter le terrain et de voir s'il y a lieu de se « mouiller » davantage en exprimant des émotions. Une patiente affirmera, par exemple : « Je ne vois pas souvent mon mari ces jours-ci. Il est très occupé au travail ».**

Langage non verbal

➤ **Écouter plus et parler moins. De par leur formation, les médecins ont appris à gérer efficacement leur temps et à solliciter activement des renseignements auprès des patients. De ce fait, ils peuvent avoir de la difficulté à bien écouter. Le recours aux techniques d'écoute active incite souvent le patient à faire part de ses émotions. Le médecin qui veut faire de l'écoute active peut utiliser les techniques suivantes :**

Écoute active

- **hocher la tête**
- **dire des choses comme « Ah bon … Oui, oui … Continuez … »**
- **s'asseoir bien en face du patient**
- **garder le contact visuel**
- **s'installer près du patient**

➤ **Il importe de réagir immédiatement aux indices verbaux et non verbaux qui indiquent que le patient est en détresse. Il faut profiter du moment qui passe et ne pas balayer les émotions sous le tapis. Branch et Malik (1993) affirment que la décision de donner suite immédiatement aux manifestations d'émotion constitue une occasion unique à ne pas rater. En général, lorsque le patient perçoit que le médecin est réceptif, il donnera libre cours à ses émotions.**

Choix du bon moment

Manifestations d'empathie

- Il importe de valider les émotions du patient. Le patient veut sentir que ses émotions sont normales et prévisibles. Le médecin doit lui indiquer qu'il est tout à fait acceptable de se sentir ainsi vu les circonstances et qu'il n'y a aucun mal à afficher ses émotions. Pour transmettre ce message, le médecin peut utiliser l'une des phrases suivantes :
  - « Il serait surprenant que vous ne soyez pas fâché ou apeuré après un tel diagnostic. »
  - « Je vous comprends parfaitement. Tout le monde aurait la même réaction que vous dans de telles circonstances! »
  - « Votre réaction est absolument normale. »

- Il faut fournir une bonne rétroaction au patient et solliciter ses réactions. Par exemple :
  - « On dirait que vous vous sentez comme si ... Est-ce vrai? »
  - « J'ai l'impression que vous dites que ... Est-ce que j'ai raison? »

Confirmation auprès du patient

- Il faut faire comprendre au patient que vous êtes avec lui et que vous allez lui donner tout l'appui nécessaire pour l'aider à surmonter ses problèmes médicaux. Vous pouvez lui dire ce qui suit :
  - « Nous allons travailler ensemble pour tenter de déterminer le traitement qui vous convient le mieux. »
  - « Je suis disponible en tout temps si jamais vous avez des questions à me poser. »

Un cas type

Une femme de 47 ans consulte son médecin au sujet d'une bosse au sein. Conscient du fait que cette femme est très nerveuse et agitée face à la situation et qu'elle hésite à subir d'autres tests, le médecin lui donne des indices verbaux et non verbaux indiquant qu'il voudrait en savoir davantage. En se montrant ouvert, empathique et encourageant, le médecin crée une ambiance favorable aux confidences qui rassure la patiente et l'incite à parler de ses émotions et de ses craintes. De cette façon, le médecin arrive à déterminer la plus grande peur de la patiente, soit qu'elle devra subir une ablation complète du sein et que son nouveau mari ne pourra s'adapter à la transformation physique.

Une fois que le médecin a bien compris les craintes de la patiente, il peut réagir directement à ses préoccupations, lui offrir l'appui nécessaire et proposer diverses façons de faire face à la situation. En ce sens, il peut décider avec la patiente d'inclure le mari à toutes les étapes du diagnostic et dans toutes les décisions relatives aux choix de traitement.

Si le médecin ne s'était pas donné la peine de démontrer de l'empathie et de l'intérêt envers les problèmes et les sentiments de la patiente, il est peu probable que cette dernière aurait accepté de parler à cœur ouvert et de lui confier ses inquiétudes. Ceci aurait pu retarder le début du traitement et rendre la situation encore plus traumatisante pour la patiente.

La recherche

Les études confirment que le degré d'intérêt et d'empathie du médecin affecte grandement le taux de satisfaction du patient et la qualité des résultats.

- Une étude classique sur la perception des expressions faciales parmi les gens de diverses cultures indique que les Américains ont passablement plus de difficulté à déceler la colère que les Brésiliens, les Chiliens, les Argentins et les Japonais.
- Dans le cadre d'un sondage mené auprès des médecins américains, la moitié des répondants affirmaient que les patients les plus difficiles à traiter étaient ceux qui manifestaient de la colère ou de l'hostilité; les deux tiers étaient d'avis que les facultés de médecine équipaient mal les étudiants pour faire face aux problèmes émotifs des patients.

B. Comment faire face aux émotions

Ensembles de compétences

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement

B. Comment faire face aux émotions

C. Comment prendre des décisions partagées

D. Comment bien sur une bonne note

Pourquoi?

Les études sur la communication médecin-patient font souvent état du lien entre le degré d'empathie et de soutien du médecin et le taux de satisfaction du patient. Les chercheurs constatent aussi un rapport entre ce que les patients perçoivent comme un manque d'intérêt de la part du médecin et le nombre de poursuites pour faute professionnelle. En outre, la recherche indique qu'il existe un lien significatif entre le degré d'empathie du médecin et le degré de conformité des patients.

Compte tenu des preuves de plus en plus probantes à l'effet que les rapports thérapeutiques positifs ont un bon effet sur le processus et sur le résultat des soins, pourquoi y a-t-il tant de médecins qui éprouvent des difficultés à composer avec les émotions des patients? Spiro (1992) croit que, jusqu'à présent, la médecine a projeté une image de neutralité et de froideur clinique, alors que l'empathie se fonde sur la passion et les rapports humains, sur les joies et les peines, et sur la réalité de vivre.

Comment faire?

- Indiquer que vous êtes sensible aux émotions du patient et qu'il est bon pour eux d'exprimer ce qu'ils ressentent et de discuter de questions émotives délicates. Une façon d'encourager les patients à faire part de leurs émotions consiste à poser des questions comme les suivantes :
  - « Comment vous sentez-vous face à cette situation? »
  - « Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans tout ceci? »
  - « Est-ce qu'il y a des choses qui vous dérangent à la maison ou au travail? »

Questions ouvertes

- Il faut bien surveiller pour arriver à reconnaître les signes de détresse chez vos patients. Pour ce faire, il faut être attentif aux indices verbaux et non verbaux, être conscient des écarts entre ce que le patient dit et comment il le dit, tout en étant sensible aux choses qu'il ne dit pas. Pensez à une patiente qui affirme se sentir bien mais qui joue nerveusement avec son sac à main sous la table, ou à un patient qui ne vous regarde pas dans les yeux en clamant que tout va bien avec son épouse à la maison. Suchman et al. (1996) croit que les patients y vont souvent d'affirmations neutres en vue de tâter le terrain et de voir s'il y a lieu de se « mouiller » davantage en exprimant des émotions. Une patiente affirmera, par exemple : « Je ne vois pas souvent mon mari ces jours-ci. Il est très occupé au travail ».

Langage non verbal

- Écouter plus et parler moins. De par leur formation, les médecins ont appris à gérer efficacement leur temps et à solliciter activement des renseignements auprès des patients. De ce fait, ils peuvent avoir de la difficulté à bien écouter. Le recours aux techniques d'écoute active incite souvent le patient à faire part de ses émotions. Le médecin qui veut faire de l'écoute active peut utiliser les techniques suivantes :
  - hocher la tête
  - dire des choses comme « Ah bon … Oui, oui … Continuez … »
  - s'asseoir bien en face du patient
  - garder le contact visuel
  - s'installer près du patient

Écoute active

- Il importe de réagir immédiatement aux indices verbaux et non verbaux qui indiquent que le patient est en détresse. Il faut profiter du moment qui passe et ne pas balayer les émotions sous le tapis. Branch et Malik (1993) affirment que la décision de donner suite immédiatement aux manifestations d'émotion constitue une occasion unique à ne pas rater. En général, lorsque le patient perçoit que le médecin est réceptif, il donnera libre cours à ses émotions.

Choix du bon moment

- Il importe de valider les émotions du patient. Le patient veut sentir que ses émotions sont normales et prévisibles. Le médecin doit lui indiquer qu'il est tout à fait acceptable de se sentir ainsi vu les circonstances et qu'il n'y a aucun mal à afficher ses émotions. Pour transmettre ce message, le médecin peut utiliser l'une des phrases suivantes :

Manifestations d'empathie

  — « Il serait surprenant que vous ne soyez pas fâché ou apeuré après un tel diagnostic. »
  — « Je vous comprends parfaitement. Tout le monde aurait la même réaction que vous dans de telles circonstances! »
  — « Votre réaction est absolument normale. »

- Il faut fournir une bonne rétroaction au patient et solliciter ses réactions. Par exemple :
  — « On dirait que vous vous sentez comme si … Est-ce vrai? »
  — « J'ai l'impression que vous dites que … Est-ce que j'ai raison? »

- Il faut faire comprendre au patient que vous êtes avec lui et que vous allez lui donner tout l'appui nécessaire pour l'aider à surmonter ses problèmes médicaux. Vous pouvez lui dire ce qui suit :

Confirmation auprès du patient

  — « Nous allons travailler ensemble pour tenter de déterminer le traitement qui vous convient le mieux. »
  — « Je suis disponible en tout temps si jamais vous avez des questions à me poser. »

Un cas type

Une femme de 47 ans consulte son médecin au sujet d'une bosse au sein. Conscient du fait que cette femme est très nerveuse et agitée face à la situation et qu'elle hésite à subir d'autres tests, le médecin lui donne des indices verbaux et non verbaux indiquant qu'il voudrait en savoir davantage. En se montrant ouvert, empathique et encourageant, le médecin crée une ambiance favorable aux confidences qui rassure la patiente et l'incite à parler de ses émotions et de ses craintes. De cette façon, le médecin arrive à déterminer la plus grande peur de la patiente, soit qu'elle devra subir une ablation complète du sein et que son nouveau mari ne pourra s'adapter à la transformation physique.

Une fois que le médecin a bien compris les craintes de la patiente, il peut réagir directement à ses préoccupations, lui offrir l'appui nécessaire et proposer diverses façons de faire face à la situation. En ce sens, il peut décider avec la patiente d'inclure le mari à toutes les étapes du diagnostic et dans toutes les décisions relatives aux choix de traitement.

Si le médecin ne s'était pas donné la peine de démontrer de l'empathie et de l'intérêt envers les problèmes et les sentiments de la patiente, il est peu probable que cette dernière aurait accepté de parler à cœur ouvert et de lui confier ses inquiétudes. Ceci aurait pu retarder le début du traitement et rendre la situation encore plus traumatisante pour la patiente.

La recherche

Les études confirment que le degré d'intérêt et d'empathie du médecin affecte grandement le taux de satisfaction du patient et la qualité des résultats.

- Une étude classique sur la perception des expressions faciales parmi les gens de diverses cultures indique que les Américains ont passablement plus de difficulté à déceler la colère que les Brésiliens, les Chiliens, les Argentins et les Japonais.
- Dans le cadre d'un sondage mené auprès des médecins américains, la moitié des répondants affirmaient que les patients les plus difficiles à traiter étaient ceux qui manifestaient de la colère ou de l'hostilité; les deux tiers étaient d'avis que les facultés de médecine équipaient mal les étudiants pour faire face aux problèmes émotifs des patients.

- Le degré de soutien et d'empathie des médecins a un effet direct sur le taux de satisfaction et l'allégement des inquiétudes des patients.
- Les patients qui étaient insatisfaits et qui avaient l'impression que le médecin ne s'intéressait pas à eux avaient plus tendance que les autres à écrire des lettres de plaintes.
- Il y a un lien entre le degré d'empathie du médecin et les poursuites pour faute professionnelle.
- Une analyse exhaustive de la documentation fait ressortir un lien fort important entre le degré d'empathie du médecin et le taux de conformité du patient face au traitement.

C. Comment prendre des décisions communes

Ensembles de compétences
A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.
B. Comment faire face aux émotions.
C. Comment prendre des décisions communes.
D. Comment clore sur une bonne note.

Pourquoi?

En aidant le patient à comprendre le processus décisionnel et en lui permettant de participer autant qu'il le veut aux décisions qui le concernent, le médecin peut grandement favoriser l'engagement du patient face au plan de traitement proposé. Une « alliance thérapeutique » qui s'enrichit d'une justification claire, d'une exploration sensible des obstacles et d'outils pour affronter les grands changements accroit les chances de succès et de satisfaction en rapport avec le plan de traitement proposé. Les chercheurs médicaux, les éducateurs et les groupes de patients misent de plus en plus sur la négociation et sur la collaboration médecin-patient pour régler les problèmes de non conformité. Il faut aussi dire que les patients ne désirent pas tous participer au même degré au processus décisionnel, certains préférant laisser au médecin le soin de prendre les grandes décisions.

Comment faire?

- Il faut prévoir assez de temps au moment de la consultation pour expliquer comme il faut le diagnostic et les choix de traitement. Il importe de noter que la plupart des médecins surestiment de beaucoup la quantité de temps qu'ils allouent aux explications et aux discussions avec le patient.

Choix du bon moment

- Il faut définir les attentes du patient et déterminer la quantité d'informations qu'il veut obtenir au sujet de la maladie, du traitement, etc.

- Il est bon que le médecin vérifie ce que le patient a bel et bien compris au sujet de sa maladie et du traitement proposé en posant diverses questions comme les suivantes :
  - — « Que savez-vous au sujet de cette maladie? »
  - — « Qu'est-ce qui a bien — ou moins bien — fonctionné pour vous dans le passé? »

Confirmation auprès du patient

- Offrir au patient divers choix de traitements.
- Proposer un traitement quelconque et expliquer clairement votre choix. Un principe fondamental pour établir un partenariat efficace avec le patient consiste à garantir que la personne comprenne bien pourquoi le médecin favorise telle ou telle option.

Recours à un langage simple

- Établir, s'il y a lieu, quelles sont les réserves du patient face à une approche particulière et répondre à chacune de ses préoccupations. Ces réserves peuvent tenir aux circonstances propres du patient, à ses préjugés ou au fait qu'il a mal compris.

Planification des actions

- Définir un plan d'action et déterminer les responsabilités qui incombent à chacun. Vous pouvez accepter d'explorer une cure homéopathique, par exemple, alors que la patiente acceptera de prendre les médicaments prescrits en attendant les résultats de la recherche. — Détermination des responsabilités

- Revoir les rôles et les responsabilités qui ont été attribués au médecin et au patient, et voir si le patient est toujours d'accord. — Synthèse

- Fournir un appui au patient. Pour ce faire, vous pouvez : — Manifestations d'empathie
  - reconnaître combien il est difficile de suivre un plan de traitement rigoureux ou de modifier son style de vie;
  - indiquer que vous êtes disponible pour répondre aux questions.

Un cas type

Madame Beauchamp a appris qu'elle a un cancer du sein et elle discute de divers traitements avec son médecin. Le médecin décrit tous les choix de traitements qui s'offrent à la patiente et lui fournit, à sa demande, des renseignements additionnels sur les processus et les résultats spécifiques à chacun. Madame Beauchamp exige des renseignements sur des traitements traditionnels et des traitements de médecine douce comme l'acuponcture et l'homéopathie. Le médecin peut déduire, d'après la conversation, que Madame Beauchamp en a assez de la chirurgie et de la chimiothérapie. Sa mère est morte d'un cancer du sein après de longues années de traitements douloureux. Elle ne veut pas souffrir de la sorte et voir sa qualité de vie diminuer sans cesse.

Même si le médecin est convaincu que la condition de Madame Beauchamp peut être traitée avec succès à l'aide de méthodes traditionnelles, il reconnaît ses craintes et respecte son droit d'explorer d'autres options. En même temps, il lui explique, à l'aide de preuves, pourquoi il favorise un mode de traitement particulier. En discutant, ils arrivent à établir ensemble un plan de traitement satisfaisant. Madame Beauchamp s'engage à poursuivre sa recherche sur les cures naturelles tout en se préparant, en accord avec le médecin, à subir une chirurgie suivie d'un traitement de chimiothérapie si nécessaire. Ils fixent ensemble une date ultime pour prendre la décision finale. Ce jour là, ils examineront ensemble les résultats de la recherche et ils décideront des mesures à prendre.

La recherche

- Les patients qui ont la chance de participer activement aux consultations médicales et aux décisions portant sur les choix de traitement affichent des résultats plus favorables sur les plans physiologique et fonctionnel.
- Les patients qui prennent connaissance du pronostic et des choix de traitement avant même le diagnostic semblent plus aptes à retenir et à assimiler l'information que le médecin leur transmet.
- Les patients et les médecins qui s'entendent sur la nature du problème et sur le plan de suivi affichent de meilleurs résultats que les autres au niveau du patient.

- Le degré de soutien et d'empathie des médecins a un effet direct sur le taux de satisfaction et l'allégement des inquiétudes des patients.
- Les patients qui étaient insatisfaits et qui avaient l'impression que le médecin ne s'intéressait pas à eux avaient plus tendance que les autres à écrire des lettres de plaintes.
- Il y a un lien entre le degré d'empathie du médecin et les poursuites pour faute professionnelle.
- Une analyse exhaustive de la documentation fait ressortir un lien fort important entre le degré d'empathie du médecin et le taux de conformité du patient face au traitement.

C. Comment prendre des décisions communes

Ensembles de compétences
A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.
B. Comment faire face aux émotions.
C. Comment prendre des décisions communes.
D. Comment clore sur une bonne note.

Pourquoi?

En aidant le patient à comprendre le processus décisionnel et en lui permettant de participer autant qu'il le veut aux décisions qui le concernent, le médecin peut grandement favoriser l'engagement du patient face au plan de traitement proposé. Une « alliance thérapeutique » qui s'enrichit d'une justification claire, d'une exploration sensible des obstacles et d'outils pour affronter les grands changements accroît les chances de succès et de satisfaction en rapport avec le plan de traitement proposé. Les chercheurs médicaux, les éducateurs et les groupes de patients misent de plus en plus sur la négociation et sur la collaboration médecin-patient pour régler les problèmes de non conformité. Il faut aussi dire que les patients ne désirent pas tous participer au même degré au processus décisionnel, certains préférant laisser au médecin le soin de prendre les grandes décisions.

Comment faire?

Choix du bon moment

- **Il faut prévoir assez de temps au moment de la consultation pour expliquer comme il faut le diagnostic et les choix de traitement. Il importe de noter que la plupart des médecins surestiment de beaucoup la quantité de temps qu'ils allouent aux explications et aux discussions avec le patient.**
- **Il faut définir les attentes du patient et déterminer la quantité d'informations qu'il veut obtenir au sujet de la maladie, du traitement, etc.**

Confirmation auprès du patient

- **Il est bon que le médecin vérifie ce que le patient a bel et bien compris au sujet de sa maladie et du traitement proposé en posant diverses questions comme les suivantes :**
  - **« Que savez-vous au sujet de cette maladie? »**
  - **« Qu'est-ce qui a bien — ou moins bien — fonctionné pour vous dans le passé? »**

Recours à un langage simple

- **Offrir au patient divers choix de traitements.**
- **Proposer un traitement quelconque et expliquer clairement votre choix. Un principe fondamental pour établir un partenariat efficace avec le patient consiste à garantir que la personne comprenne bien pourquoi le médecin favorise telle ou telle option.**

Planification des actions

- **Établir, s'il y a lieu, quelles sont les réserves du patient face à une approche particulière et répondre à chacune de ses préoccupations. Ces réserves peuvent tenir aux circonstances propres du patient, à ses préjugés ou au fait qu'il a mal compris.**

- **Définir un plan d'action et déterminer les responsabilités qui incombent à chacun. Vous pouvez accepter d'explorer une cure homéopathique, par exemple, alors que la patiente acceptera de prendre les médicaments prescrits en attendant les résultats de la recherche.**

Détermination des responsabilités

- **Revoir les rôles et les responsabilités qui ont été attribués au médecin et au patient, et voir si le patient est toujours d'accord.**

Synthèse

- **Fournir un appui au patient. Pour ce faire, vous pouvez :**
  - **reconnaître combien il est difficile de suivre un plan de traitement rigoureux ou de modifier son style de vie;**
  - **indiquer que vous êtes disponible pour répondre aux questions.**

Manifestations d'empathie

Un cas type

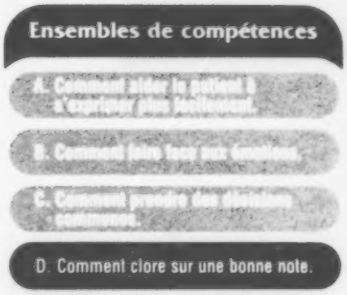
Madame Beauchamp a appris qu'elle a un cancer du sein et elle discute de divers traitements avec son médecin. Le médecin décrit tous les choix de traitements qui s'offrent à la patiente et lui fournit, à sa demande, des renseignements additionnels sur les processus et les résultats spécifiques à chacun. Madame Beauchamp exige des renseignements sur des traitements traditionnels et des traitements de médecine douce comme l'acuponcture et l'homéopathie. Le médecin peut déduire, d'après la conversation, que Madame Beauchamp en a assez de la chirurgie et de la chimiothérapie. Sa mère est morte d'un cancer du sein après de longues années de traitements douloureux. Elle ne veut pas souffrir de la sorte et voir sa qualité de vie diminuer sans cesse.

Même si le médecin est convaincu que la condition de Madame Beauchamp peut être traitée avec succès à l'aide de méthodes traditionnelles, il reconnaît ses craintes et respecte son droit d'explorer d'autres options. En même temps, il lui explique, à l'aide de preuves, pourquoi il favorise un mode de traitement particulier. En discutant, ils arrivent à établir ensemble un plan de traitement satisfaisant. Madame Beauchamp s'engage à poursuivre sa recherche sur les cures naturelles tout en se préparant, en accord avec le médecin, à subir une chirurgie suivie d'un traitement de chimiothérapie si nécessaire. Ils fixent ensemble une date ultime pour prendre la décision finale. Ce jour là, ils examineront ensemble les résultats de la recherche et ils décideront des mesures à prendre.

La recherche

- Les patients qui ont la chance de participer activement aux consultations médicales et aux décisions portant sur les choix de traitement affichent des résultats plus favorables sur les plans physiologique et fonctionnel.
- Les patients qui prennent connaissance du pronostic et des choix de traitement avant même le diagnostic semblent plus aptes à retenir et à assimiler l'information que le médecin leur transmet.
- Les patients et les médecins qui s'entendent sur la nature du problème et sur le plan de suivi affichent de meilleurs résultats que les autres au niveau du patient.

D. Comment clore sur une bonne note



Pourquoi?

Pour pouvoir clore la consultation sur une bonne note, le médecin doit s'assurer que le patient est parfaitement au courant du traitement et qu'il accepte de le suivre. Le fait de clore sur une bonne note aide le patient a se sentir a l'aise avec un plan de traitement mutuellement acceptable, à mieux comprendre ce qui reste à faire et à procéder avec confiance. Cette façon de terminer la consultation permet également au médecin de commencer la séance suivante sans avoir à revenir en arrière. Une façon de régler les problèmes qui peuvent empêcher le médecin de clore sur une bonne note consiste à recourir aux techniques de communication utilisées plus tôt dans le cadre de l'entrevue. En ce sens, il peut faire appel a des techniques comme la synthese, la détermination des responsabilités et la confirmation aupres du patient.

Comment faire?

- Revoir rapidement les points saillants de l'entrevue, y compris les raisons qui ont poussé le patient à consulter le médecin, le diagnostic établi et le plan de traitement prévu. Il faut aussi encourager le patient à prendre des notes.

Synthèse

- Il faut s'entendre avec le patient sur les prochaines étapes, y compris les rôles et les responsabilités qui incomberont au médecin et au patient en ce qui a trait, par exemple, aux changements à apporter au style de vie, à la recherche additionnelle à faire, aux consultations futures, à la médication, aux thérapies douces, etc.

Détermination des responsabilités

- Expliquer au patient quoi faire si jamais les choses ne fonctionnent pas comme prévu, c'est-à-dire si un médicament a des effets secondaires néfastes, par exemple, ou si le problème persiste.

- Demander au patient s'il est d'accord avec le plan de traitement proposé et voir s'il a d'autres questions à poser.
- Vérifier si le patient est satisfait de la rencontre.
- Rassurer le patient en lui indiquant que vous allez continuer de vous occuper de lui. Encourager le patient à se faire accompagner d'un parent ou d'un ami la prochaine fois qu'il a rendez-vous avec vous, s'il le désire.

Confirmation auprès du patient

D. Comment clore sur une bonne note

Ensembles de compétences

- A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.
- B. Comment faire face aux émotions.
- C. Comment prendre des décisions communes.
- D. Comment clore sur une bonne note

Pourquoi?

Pour pouvoir clore la consultation sur une bonne note, le médecin doit s'assurer que le patient est parfaitement au courant du traitement et qu'il accepte de le suivre. Le fait de clore sur une bonne note aide le patient à se sentir à l'aise avec un plan de traitement mutuellement acceptable, à mieux comprendre ce qui reste à faire et à procéder avec confiance. Cette façon de terminer la consultation permet également au médecin de commencer la séance suivante sans avoir à revenir en arrière. Une façon de régler les problèmes qui peuvent empêcher le médecin de clore sur une bonne note consiste à recourir aux techniques de communication utilisées plus tôt dans le cadre de l'entrevue. En ce sens, il peut faire appel à des techniques comme la synthèse, la détermination des responsabilités et la confirmation auprès du patient.

Comment faire?

Synthèse

- ➤ **Revoir rapidement les points saillants de l'entrevue, y compris les raisons qui ont poussé le patient à consulter le médecin, le diagnostic établi et le plan de traitement prévu. Il faut aussi encourager le patient à prendre des notes.**

Détermination des responsabilités

- ➤ **Il faut s'entendre avec le patient sur les prochaines étapes, y compris les rôles et les responsabilités qui incomberont au médecin et au patient en ce qui a trait, par exemple, aux changements à apporter au style de vie, à la recherche additionnelle à faire, aux consultations futures, à la médication, aux thérapies douces, etc.**
- ➤ **Expliquer au patient quoi faire si jamais les choses ne fonctionnent pas comme prévu, c'est-à-dire si un médicament a des effets secondaires néfastes, par exemple, ou si le problème persiste.**

Confirmation auprès du patient

- ➤ **Demander au patient s'il est d'accord avec le plan de traitement proposé et voir s'il a d'autres questions à poser.**
- ➤ **Vérifier si le patient est satisfait de la rencontre.**
- ➤ **Rassurer le patient en lui indiquant que vous allez continuer de vous occuper de lui. Encourager le patient à se faire accompagner d'un parent ou d'un ami la prochaine fois qu'il a rendez-vous avec vous, s'il le désire.**

Un cas type

Médecin : Faisons le point, si vous voulez. C'est vrai que vous avez une bosse au sein. Ce n'est peut-être rien, mais il faut vérifier quand même pour être certain. Donc, la prochaine chose à faire, c'est de voir de quoi il s'agit. Pour cela, nous allons effectuer une biopsie par seringue et nous verrons ensuite où nous en sommes. Êtes-vous d'accord avec cela?

Patiente : J'imagine que oui.

Médecin : Je sais que tout cela peut vous faire peur, mais nous allons prendre les choses doucement. Je vais prendre rendez-vous pour la biopsie et je vais communiquer avec vous jeudi pour vous en informer. Comme ça, vous aurez le temps de vous organiser au bureau afin de prendre quelques jours de congé. D'accord?

Patiente : Oui. Je dois retourner à la maison et parler de tout cela avec ma famille.

Médecin : C'est une bonne idée. Et puis, si vous ou des membres de votre famille avez des questions à me poser, n'hésitez pas à me téléphoner. Y a-t-il autre chose pour l'instant?

Patiente : Non. J'ai surtout besoin de temps pour réfléchir. Je n'arrive pas encore à croire que c'est bien vrai.

Médecin : C'est facile à comprendre. Mais n'oubliez pas que je suis là pour vous aider. Ensemble, nous allons réussir à surmonter cet obstacle, une étape à la fois. Qu'en pensez-vous?

Patiente : Oui, je crois bien que vous avez raison.

La recherche

➤ Les femmes atteintes d'un cancer du sein qui font affaire avec des médecins qui leur donnent le choix entre une mastectomie et une ablation de la tumeur mammaire semblent moins anxieuses et moins déprimées que les patientes qui font affaire avec des médecins qui favorisent clairement l'une ou l'autre chirurgie.

➤ Une étude menée auprès de médecins de soins primaires de l'Oregon (White et coll., 1994) révèle ce qui suit :

— 21 p. 100 des conversations engagées par les médecins en vue de clore sur une bonne note font la lumière sur des problèmes dont il n'a pas été question plus tôt au cours de la consultation;

— la durée moyenne de la conversation de la fin est de 1,6 minute;

— les médecins procèdent comme suit pour arriver à clore sur une bonne note :

- clarification du plan de traitement (75 p. 100)
- orientation du patient vers les prochaines étapes (56 p. 100)
- transmission de renseignements sur la condition ou la thérapie (53 p. 100)

5

Consolidation des connaissances et perfectionnement

La rétroaction continue et l'auto-évaluation constituent des outils essentiels pour rehausser vos compétences en communication. Selon Kurtz et al. (1998), l'aptitude des gens à s'auto-examiner et à établir par eux-mêmes la marche du progrès favorise grandement l'apprentissage. Puisqu'il existe nombre de stratégies d'évaluation efficaces, il revient à chacun d'adopter celle qui convient le mieux. Peu importe la méthode choisie, vous auriez avantage à tenir un registre des progrès accomplis. Au fur et à mesure que vous évaluerez vos efforts, prenez note des compétences que vous semblez bien maîtriser et de celles qu'il reste à peaufiner.

Auto-critique

Il suffit parfois de prendre un moment pour revivre une consultation dans notre tête, pour établir si tout a bien fonctionné et pour déterminer ce qu'on aurait pu faire autrement. Prenez quelques minutes pour évaluer votre comportement. Notez, mentalement ou par écrit, vos forces et vos faiblesses en vue d'aider le patient à s'exprimer plus facilement, par exemple, d'arriver à faire face aux émotions du patient ou d'engager un processus menant à des prises de décisions communes. Il est préférable de vous adonner à cet exercice d'auto-critique le plus rapidement possible après la consultation, sans quoi vous pourriez oublier des détails subtils qui pourraient faire toute la différence. Il faut cependant dire que notre façon de critiquer notre comportement n'est pas une science exacte. Il s'avère souvent plus utile d'observer ou d'écouter un enregistrement visuel ou sonore de l'entrevue avec le patient.

Enregistrement visuel ou sonore

Vous pouvez aussi évaluer vos talents de communicateur en enregistrant la consultation et en consultant plus tard la bande audio ou vidéo. Pour ce faire, il n'est pas nécessaire de posséder un équipement de pointe, mais vous devez obtenir la permission préalable du patient. En général, la plupart des gens acceptent qu'on les enregistre ou qu'on les examine sur bande vidéo ou audio, mais il faut établir des règles de base et respecter pleinement les individus (Tate, 1997, p. 60).

L'enregistrement sonore s'avère facile, modique et peu dérangeant. Il ne permet toutefois pas de déceler le langage non verbal. L'enregistrement sur bande vidéo permet de capter les expressions faciales et autres comportements non verbaux, mais l'équipement est plus difficile à installer et la caméra peut distraire le patient. Il existe plusieurs formats d'enregistrement sur vidéo : le VHS permet d'enregistrer de quatre à huit heures sur une même bande; le caméscope est plus petit mais l'enregistrement dure moins longtemps. Les appareils numériques assurent des versions parfaites mais peuvent coûter très cher.

Rétroaction du patient

Une façon d'obtenir une rétroaction de la part du patient consiste à lui demander de remplir un questionnaire à la fin de la consultation. En vue d'obtenir les réponses les plus franches possibles, le médecin doit rassurer le patient et lui permettre de répondre de façon anonyme. De fait, certains patients hésitent à critiquer ouvertement des talents de communicateur de leur médecin, de crainte de nuire à leur relation. Il faut aussi laisser au patient le choix de participer ou non au sondage.

Examen par les pairs

Vous pouvez également solliciter l'opinion de certains collègues pour avoir un meilleur aperçu de vos talents de communicateur. En ce sens, vous pourriez demander à un collègue d'assister à quelques consultations par exemple (avec la permission de votre patient), ou demander à un autre médecin d'enregistrer sur bande vidéo ou audio certaines de vos entrevues avec des patients. Dans tous les cas d'examen par les pairs, assurez-vous d'établir quelques règles de base. Vous pourriez déclarer, par exemple, que toutes les critiques s'accompagnent de suggestions positives.

6

Références bibliographiques

Les concepts et les données de recherche présentés dans le cadre du présent *Guide de ressources* son tirés, en grande partie, des documents suivants :

Participation des membres du Groupe de travail sur le curriculum de la Stratétegie de formation des professionnels de l'Initiative canadienne de lutte contre le cancer du sein (*voir Remerciements*).

Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference.* Deerfield, IL : MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.

Frankel, R.M. et T.S. Stein. « The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide. » Dans *Physical Education and Development.* Oakland, CA : Kaiser Permanente, 1996.

Kurtz, S., J. Silverman et J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Kurtz, S.M. et J.D. Silverman. « The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. » *Medical Education,* 30 (1996) p. 83-89.

Silverman, J., S. Kurtz et J. Draper. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Stewart, M.A., J. Belle Brown et W. Wayne Weston et coll. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method.* Thousand Oaks, CA : Sage, 1995.

Tate, P. *The Doctor's Communication Handbook,* 2e édition. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1997.

Autres lectures

Balint, M. *The doctor, his patient, and the illness.* New York : International Universities Press, 1957.

Becker, M.H. et L.A. Maiman. « Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. » *Medical Care,* 12 (1975) p. 10-24.

Becker, M.H. et I.M. Rostenstock. « Compliance with medical advice. » Dans *Health Care and Human Behavior.* Révisé par A. Steptoe et A. Matthews. London : Academic Press, 1984.

Beckman, H.B. et R.M. Frankel. « The impact of physician behavior on the collection of data. » *Annals of Internal Medicine,* 101 (1984) p. 692-696.

Beckman, H.B., R.M. Frankel et J. Darnly. « Soliciting the patient's complete agenda: A relationship to the distribution of concerns. » *Clin. Res.* 33 (1985) p. 714A.

Beckman, H.B., K.M. Markakis, A.L. Suchman et P. M. Frankel. « The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. » *Arch. Internal Medicine* (sous presse).

Bird, J. et S.A. Cohen-Cole. « The three function model of the medical interview: An educational device. » Dans *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry.* Révisé par M.S. Hale. Basel, Suisse : Karger, 1990, p. 65-88.

Blacklock, S.M. « The symptom of chest pain in family medicine. » *Journal of Family Practice*, 4 (1977) p. 429-433.

Bowman, F.M., D. Goldberg et T. Millar et coll. « Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. » *Medical Education*, 26 (1992) p. 63-68.

Branch, W.T. et T.K. Malik. « Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. » *Journal of American Medical Association*, 269, 13 (1993) p. 1667-1668.

Brody, D.S., S.M. Miller, C.E. Lerman, D.G. Smith, C.G. Lazaro et M.J. Blum. « The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perception about interventions they devised and received. » *Medical Care*, 27 (1989) p. 1027-1035.

Cohen-Cole, S.A. et J. Bird. « Function 2: building rapport and responding to patient's emotions (relationship skills). » Dans S.A. Cohen-Cole, *The Medical Interview: The Three-Function Approach*. St. Louis, MO : Mosby-Year Book, 1991, p. 21-27.

Doherty, W.J. et M.A. Baird. *Family-centred medical care: A clinical casebook*. New York : Guilford, 1987.

Ekman, P. et W.V. Friesen. *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1975.

Engel, G.L. « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. » *Science*, 196 (1977) p. 129-136.

Evans, B.J., R.O. Stanley et G.D. Burrows et coll. « Lecture and skills workshops as teaching formats in a history taking skills course for medical students. » *Medical Education*, 23 (1989) p. 364-370.

Evans, B.J., R.O. Stanley et R. Mestrovic et coll. « Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. » *Medical Education*, 25 (1991) p. 517-526.

Fallowfield, L. « Giving sad and bad news. » *The Lancet*, 341 (1993) p. 476-478.

Fallowfield, L.J., A. Hall, C.P. Maguire et M. Baum. « Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. » *British Medical Journal*, 301 (1990) p. 575-580.

Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference*. Deerfield, IL : MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.

Frankel, R.M. et H.B. Beckman. « Conversation and compliance with treatment recommendations: An application of micro-interactional analysis in medicine. » Dans *Rethinking Communication: Vol. II, Paradigm Exemplars*. Révisé par B. Dervin, L. Grossberg, B.J. O'Keefe et E. Wartella. Beverly Hills, CA : Sage Publishers, 1989.

Frankel, R.M. et T.S. Stein. « The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide. » Dans *Physical Education and Development*. Oakland, CA : Kaiser Permanente, 1996.

Frankel, R.M., A.S. Suchman, K.M. Markakis et H.B. Beckman. « Communication aspects of patient dissatisfaction including the decision to litigate. » Document de recherche présenté à l'Université de l'Alabama à Birmingham, Conférence sur la médecine sociale, 17 avril 1993.

Garrity, T.F. « Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review. » *Social Science Medicine*, 15E (1981) p. 215-222.

Greenfield, S., S. Kaplan et J. Ware. « Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes. » *Annals of Internal Medicine*, 102 (1985) p. 520-528.

Greenfield, S., S.H. Kaplan et J.E. Ware Jr. « Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar and quality of life in diabetes. » *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988) p. 448-457.

Groupe de recherche sur les maux de tête de l'Université de Western Ontario. « Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians — A one-year prospective study. » *Headache Journal*, 26 (1986) p. 285-294.

Hall, J.A., D.L. Roter et N.R. Katz. « Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. » *Medical Care*, 26 (1988) p. 657-675.

Haug, M. et B. Lavin. *Consumerism in medicine: Challenging physician authority*. Beverly Hills, CA : Sage, 1983.

Haynes, R.B. « A critical review of the 'determinants' of patient compliance with therapeutic regimens. » Dans *Compliance with Therapeutic Regimens*. Révisé par D.L. Sackett et R.B. Haynes. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press, 1976.

Irwin, W.G. et J.H. Bamber. « An evaluation of medical students' behaviour in communication. » *Medical Education*, 18 (1984) p. 90-95.

Joos, S.K., D.H. Hickam et G.H. Gordon et coll. « Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. » *Journal of General Internal Medicine*, 11 (1996) p. 147-155.

Kaplan, S.H., S. Greenfield et J.E. Ware. « Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. » *Medical Care*, 27 (1989) p. S110-127.

Kleinman, A., L. Eisenberg et B. Good. « Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. » *Annals of Internal Medicine*, 88 (1978) p. 251-258.

Kurtz, S., J. Silverman et J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Kurtz, S.M. et J.D. Silverman. « The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. » *Medical Education*, 30 (1996) p. 83-89.

Lester, G.W. et S.G. Smith. « Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits? » *Western Journal of Medicine*, 158 (1993) p. 268-272.

Levinson, W. et D. Roter. « Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. » *Journal of General Internal Medicine*, 10 (1995) p. 375-379.

Ley, P. « Memory for medical information. » *British Journal of Social Clinical Psychology*, 18 (1979) p. 245-255.

Maynard, D. « Notes on the delivering and reception of diagnostic news regarding mental disabilities. » Dans *The interactional order: New directions in the study of social order*. Révisé par D. Helm, W.T. Anderson et A. Rawls. New York : Irvington Publishers, 1989.

McDaniel, S., T.L. Campbell et D.B. Seaburn. *Family-oriented primary care: A manual for medical providers*. New York : Springer Verlag, 1990.

Messinger, O.J. « The patient's perception of care: A factor in medical litigation. » *Canadian Family Physician*, 35 (1989) p. 133-135.

Northouse, P.G. et L.L. Northouse. « Communication and Cancer: Issues confronting patients, health professionals, and family members. » *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3) (Automne 1987) p. 17-46.

Ong, L.M.L. et J.C.J.M. de Haes et coll. « Doctor-patient communication: A review of the literature. » *Social Science and Medicine*, 40(7) (1995) p. 903-918.

Putnam, S.M., W.B. Stiles et M.C. Jacob et coll. « Teaching the medical interview: an intervention study. » *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988) p. 38-47.

Riccardi, V.M. et S.M. Kurtz. *Communication and counselling in health care*. Springfield, IL : Charles C. Thomas, 1983.

Roper Starch Worldwide. « What your patients think of you — and vice versa: a Hippocrates/Roper poll. » *Hippocrates* (novembre/décembre 1995) p. 40-41.

Roter, D.L. et J.A. Hall. « Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. » *Journal of General Internal Medicine*, 2 (1987) p. 325-329.

Roter, D.L., J.A. Hall et N.R. Katz. « Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. » *Patient Education and Counselling*, 12(2) (1988) p. 99-119.

Roter, D.L., J.A. Hall et D.E. Kern et coll. « Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. » *Arch. Internal Medicine*, 155 (1995) p. 1877-1884.

Roter, D.L., M. Stewart, S.M. Putnam, M. Lipkin, W. Stiles et T.S. Inni. « Communication patterns of primary care physicians. » *Journal of American Medical Association*, 277 (1997) p. 350-356.

Sackett, D.L. et R.B. Haynes, réviseurs « Compliance with therapeutic regimens. » *Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens*, 1974, Université McMaster. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1976.

Silverman, J., S. Kurtz et J. Draper. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Simpson, M. et R. Buckman et coll. « Doctor patient communication: Toronto consensus statement. » *British Medical Journal*, 303 (1991) p. 1385-1387.

Spiro, H. « What is empathy and can it be taught? » *Annals of Internal Medicine*, 16 (1992) p. 843-846.

Starfield, B., D. Steinwachs, I. Morris, G. Bause, S. Siebert et C. Westin. « Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. » *Journal of the American Medical Association*, 242 (1979) p. 344-346.

Starfield, B., C. Wray, K. Hess, R. Gross, P.S. Birk et B.C. D'Lugoff. « The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. » *American Journal of Public Health*, 71(2) (1981) p. 127-131.

Steele, D.J., T.C. Jackson et M.C. Gutmann. « Have you been taking your pills? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. » *Journal of Family Practice*, 20 (1990) p. 294-299.

Stewart, M.A. « Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152 (1995) p. 1423-1433.

Stewart, M.A. « What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. » *Social Science and Medicine*, 19 (1984) p. 167-175.

Stewart, M.A., J.B. Brown et W.W. Weston. « Patient-centred interviewing: Part III. Five provocative questions. » *Canadian Family Physician*, 35 (1989) p. 159-161.

Stewart, M.A., I.R. McWhinney et C.W. Buck. « The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. » *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29 (1979) p. 77-82.

Suchman, A.L., K. Markakis, H.B. Beckman et R.M. Frankel. « A descriptive analysis of empathy: communication behavior in medical interviews. » Rochester, NY : hôpital Highland, département de médecine, 1996.

Suchman, A.L., D. Roter, M. Green et M. Lipkin. « Physician satisfaction with primary care office visits. » *Medical Care*, 31 (1993) p. 1083-1092.

Tate, P. The Doctor's *Communication Handbook*, 2e édition. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1997.

Tuckett, D., M. Boulton, C. Olson et A. Williams. *Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations.* New York : Tavistock, 1985.

Volk, L.A. « Review and analysis of ambulatory care claims: 1985-1992. » Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. *Forum*, 13(2) (1992) p. 2-5.

Wasserman, R.C., S. Inui, B.S. Barriana, W.B. Carter et B.A. Lipincott. « Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician patient interaction. » *Pediatrics*, 74, 6 (1984) p. 1047-1053.

White, J., W. Levinson et D. Roter. « 'Oh, by the way' — the closing moments of the medical interview. » *Journal of General Internal Medicine*, 9 (1994) p. 24-28.

*Ressources**

Il existe une variété de documents de formation et autres ressources portant sur l'efficacité de la communication médecin-patient, dont celles décrites ci-dessous :

- *Primary Care Institute*, 1000 South Avenue, Box 140, Rochester, New York 14620, (716) 242-8100, télec. (716) 473-2302.
- *The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide*, Richard Frankel, Ph.D., et Jerry S. Stein, M.D., 1996, Physician Education and Development, Kaiser Permanente, région de la Californie du nord.
- *CME Curriculum on Communication Skills for Primary Care Physicians*, Dr Debra L. Roter, Université Johns Hopkins, école d'hygiène et de santé publique.